

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**  
**DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**



**TESIS DOCTORAL**

**INMUNOGLOBULINA M Y RESPUESTA  
GALVÁNICA DE LA PIEL ASOCIADAS A  
VARIABLES PSICOLÓGICAS EN VÍCTIMAS DE  
VIOLENCIA POR PARTE DEL COMPAÑERO(A)  
ÍNTIMO(A): UN ABORDAJE INTEGRAL.**

**LUZ ELENA OCAMPO OTÁLVARO**

**Director:** José Juan Amar Amar PhD.

**Barranquilla, julio de 2011**

**A mi pareja, su familia y mi  
familia, por su amor y comprensión,  
por su confianza en mí.**

**A la Universidad  
Pontificia Bolivariana de Medellín,  
por su inmenso apoyo.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al finalizar esta etapa de mi vida, la de formación doctoral, son muchas las personas y las instituciones a las cuales debo agradecer y sin las cuales hubiera sido imposible llegar a este momento.

Ante todo elevo una oración de gratitud a Dios, porque sin él nada es posible y todos los horizontes y las puertas solo se nos abren ante su santa voluntad.

Un Dios le pague a la Universidad Pontificia Bolivariana, institución que a través de la confianza depositada en mí, me mostró que siempre es posible ir un paso adelante de nuestros sueños y que no importa si no se tienen los recursos, éstos pueden ser obstáculos menores cuando se tienen las ganas y el interés.

Gracias a la Escuela de Ciencias Sociales, La Facultad de Psicología y la Dirección de Docencia de la Universidad Pontificia Bolivariana, ellas incidieron notablemente en mí, de comienzo a fin, a pesar de que hubo momentos en que todo parecía tan complicado y difícil.

Gracias a la Universidad del Norte por brindarme la oportunidad de completar mis estudios aquí en mi país; a mi Director de Tesis, Dr. José Juan Amar, por sus valiosos aportes y orientación; al Coordinador del Doctorado, Dr. Jorge Palacio, por su total disponibilidad y apertura.

Quiero también agradecer el valioso aporte de los grupos de investigación: Grupo de Investigaciones en Psicología: Sujeto, Sociedad y Trabajo de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y Grupo de Investigaciones en

Desarrollo Humano, GIDHUM, de la Universidad del Norte, los cuales a través del Centro para la Innovación y el Desarrollo de la Investigación, CIDI y, de la Dirección de Investigaciones y Proyectos, DIP, financiaron gran parte del presente trabajo.

Una mención especial a todos mis compañeros de estudio por brindarme su valiosa amistad, a Ana Mercedes y su familia por su manera tan cálida de acogerme durante mi estadía en Barranquilla, a Nora por acompañarme en los largos viajes en bus desde Medellín y permitirme pasar de ser su estudiante a ser su amiga y compañera.

A la Universidad de Málaga España y en su nombre al Doctor Antonio Godoy muchas gracias por recibirme y orientarme durante mi proceso de pasantía, experiencia muy enriquecedora en lo personal y en lo profesional; también a Lucía Madrigal y su esposo Lorenzo por recibirme en su casa y ayudarme en ese duro proceso de adaptación a un país extranjero; de Lucía, tomé la idea principal de este trabajo, esto es, la de evaluar la Inmunoglobulina asociada a otras variables.

No podría dejar de agradecer a Ana Cristina Benavides y a Norma McVeigh (Academia Abadía School de la ciudad de Málaga España), grandes amigas que en su momento se convirtieron en mis ángeles de la guarda y me sacaron a flote cuando me ahogaba en el turbulento mar de mis ansiedades y temores.

A mis jefes, Esperanza Hidalgo, Blanca Ruby Rendón, Mauricio Pineda, Blanca Regina Escobar y Erika Jaillier, porque su apoyo y confianza posibilitaron la culminación de esta empresa. A mis compañeros y compañeras de trabajo quienes fueron amigos incondicionales a la hora de brindarme su apoyo y darme palabras de

aliento. A Oscar Muñiz y Clara Gartner, por su acompañamiento y apoyo cuando tanto lo necesitaba; a él le debo entre muchas cosas el dibujo de la portada y a ella, su disposición y colaboración en la organización de la metodología y en la revisión y corrección minuciosa de todo el trabajo, en ella confié cuando me dijo “*te acompañaré hasta el final*”, y así fue.

A mis pocos pero muy buenos amigos y amigas, que siempre me hicieron sentir lo importante que era para ellos esta empresa en la que me empeñé, a pesar de que las probabilidades de éxito fueran a veces tan pocas.

Por último, y no por ser menos importante tengo que agradecer a mi pareja, a su familia y a la mía propia, quienes se empeñaron en ayudarme con sus oraciones y apoyo incondicional. Ellos me demostraron todo su amor y su capacidad de aguante ante mis demandas y angustias, ante mis ausencias y alejamientos tanto físicos como económicos y emocionales.

La lista de las personas que me han ayudado en esta empresa es interminable y corro el riesgo de olvidar a muchos de ellos por lo cual les pido las más sinceras disculpas, probablemente nunca sabrán lo mucho que su apoyo incidió en el cumplimiento de este sueño.

A todos, un *DIOS LES PAGUE*.

## **Resumen**

La violencia en la pareja afecta gran parte de la sociedad desde lo biopsicosocial. El propósito de esta investigación fue revisar la asociación entre la Inmunoglobulina M, la Respuesta Galvánica de la Piel y variables psicológicas en víctimas de violencia por parte de la pareja, de Medellín Colombia. Método: enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, correlacional explicativo, diseño de una investigación aplicada ex post facto retrospectivo con un grupo cuasi-control. Se hizo un muestreo no probabilístico. La muestra fue de 100 personas, 50 sin maltrato de pareja y 50 con maltrato de pareja. La muestra estuvo constituida por mujeres en un 86% para ambos grupos y un 14% hombres, edad promedio de 32 y 37 años y desviación de 11 y 10 años respectivamente. La Inmunoglobulina M fue evaluada en suero, la respuesta galvánica de la piel se evaluó con el DataLab-2000; las variables psicológicas se evaluaron a través de cuestionarios especializados. Los datos fueron procesados con el SPSS versión 18, se realizaron análisis de frecuencias, bivariados y multivariados ( $P \leq 0,05$ ). Resultados: existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos objeto de estudio en relación con las variables estudiadas. Los menores niveles de asociación se dieron entre la Inmunoglobulina M y la Respuesta Galvánica de la Piel con las variables psicológicas. Las asociaciones más fuertes se dieron entre Estrés Postraumático, Inadaptación y Depresión. Conclusiones: la investigación tiene aplicaciones para el estudio del fenómeno de la violencia de pareja en tanto se aborde el mismo desde un modelo biopsicosocial.

**Palabras Clave:** Sistema Inmune, Violencia de Pareja, Actividad Electrodermal.

## **Abstract**

The partner violence affects a large part of society from the biopsychosocial. The purpose of this research was to review the association between immunoglobulin M, Galvanic Skin Response and psychological variables victims of violence by a partner, Medellin Colombia. Method: A quantitative approach, scope and descriptive correlational explanatory research design applied ex post facto with a group retrospective quasi-control. There was a non-probability sampling. The sample was 100 people, 50 without partner abuse and 50 with abuse partner. The sample consisted of women by 86% for both groups and 14% men, mean age of 32 and 37 deviations of 11 years and 10 years respectively. The Immunoglobulin M was assessed in serum, the response galvanic skin was evaluated with the DataLab-2000, the psychological variables were assessed through questionnaires specialized. The data were processed with the SPSS version 18, there were frequency analysis, bivariate and multivariate ( $P \leq 0.05$ ). Results: there are differences statistically significant between the groups under study in relation to the variables studied. Minors levels of association were among the immunoglobulin M the Galvanic Skin Response to the variables psychological. The strongest associations were between Posttraumatic Stress maladjustment and depression. Conclusions: research has applications for the study of phenomenon of domestic violence in both addressing the same from a biopsychosocial model.

**Keywords:** Immune System, Dating Violence, Activity Electrodermal.

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>PARTE I: MARCO TEÓRICO</b>	7
<b>CAPÍTULO I:</b>	
<b>ASPECTOS GENERALES DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA</b>	
<b>EN LA PAREJA</b>	8
1.1 Un fenómeno multidimensional	8
1.2 ¿Un fenómeno universal?	10
1.3 La familia como unidad de interacción social	12
1.4 Las víctimas	16
<b>CAPÍTULO II:</b>	
<b>ASPECTOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LA</b>	
<b>VIOLENCIA DE PAREJA</b>	22
2.1 Conducta violenta	22
2.2 Violencia intrafamiliar	25
2.3 Tipos de violencia de pareja	27
2.4 Costos de la violencia de pareja	29
2.5 Factores asociados a la violencia de pareja	30
2.6 ¿Por qué somos violentos?	33
2.7 Aspectos históricos	35
2.8 Aspectos legales	36
<b>CAPÍTULO III:</b>	
<b>PERSPECTIVA TEÓRICA E INVESTIGATIVA DE LAS</b>	



<b>VARIABLES DEL ESTUDIO</b>	38
3.1 Trastorno de Estrés Postraumático	38
3.2 Inadaptación	40
3.3 Ansiedad	41
3.4 Depresión	43
3.5 Expresión de la ira	45
3.6 Revisión teórica de la variable biológica y psicofisiológica	47
3.6.1 Respuesta inmune humoral específica	49
3.6.2 Las inmunoglobulinas	50
3.6.3 Inmunoglobulina M	51
3.6.4 Respuesta Galvánica de la Piel	53
3.7 Enfoque teórico del abordaje terapéutico en la violencia de pareja	58
<b>PARTE II: ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	61
<b>CAPÍTULO IV:</b>	
4.1 Objetivos	62
4.1.1 Objetivo General	62
4.1.2 Objetivos Específicos	62
4.2 Hipótesis	63
4.3 Tipo de estudio	64
4.4 Población	65
4.5 Muestra	65
4.6 Criterios de inclusión	65
4.7 Variables	66
4.8 Instrumentos	70
4.9 Plan de recolección de la información	76
4.10 Plan de procesamiento y análisis estadístico	77

4.11	Consideraciones éticas	78
<b>PARTE III: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>		82
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS</b>		83
5.1	Análisis preliminar de los datos	83
5.2	Comprobación de la distribución de las puntuaciones	86
5.3	Relación entre las variables del estudio	90
5.4	Comparación de las variables de análisis en ambos grupos	93
5.5	Descripción en porcentajes de las variables sociodemográficas	98
5.6	Prueba Chi Cuadrado para evaluar asociación entre los grupos y las escalas psicológicas	102
5.7	Modelo de Regresión Múltiple para las variables de estudio	114
<b>PARTE IV: DISCUSIÓN GENERAL</b>		118
<b>CAPÍTULO VI:</b>		
6.1	Discusión	119
6.2	Conclusiones	127
6.3	Recomendaciones	131
<b>REFERENCIAS</b>		132

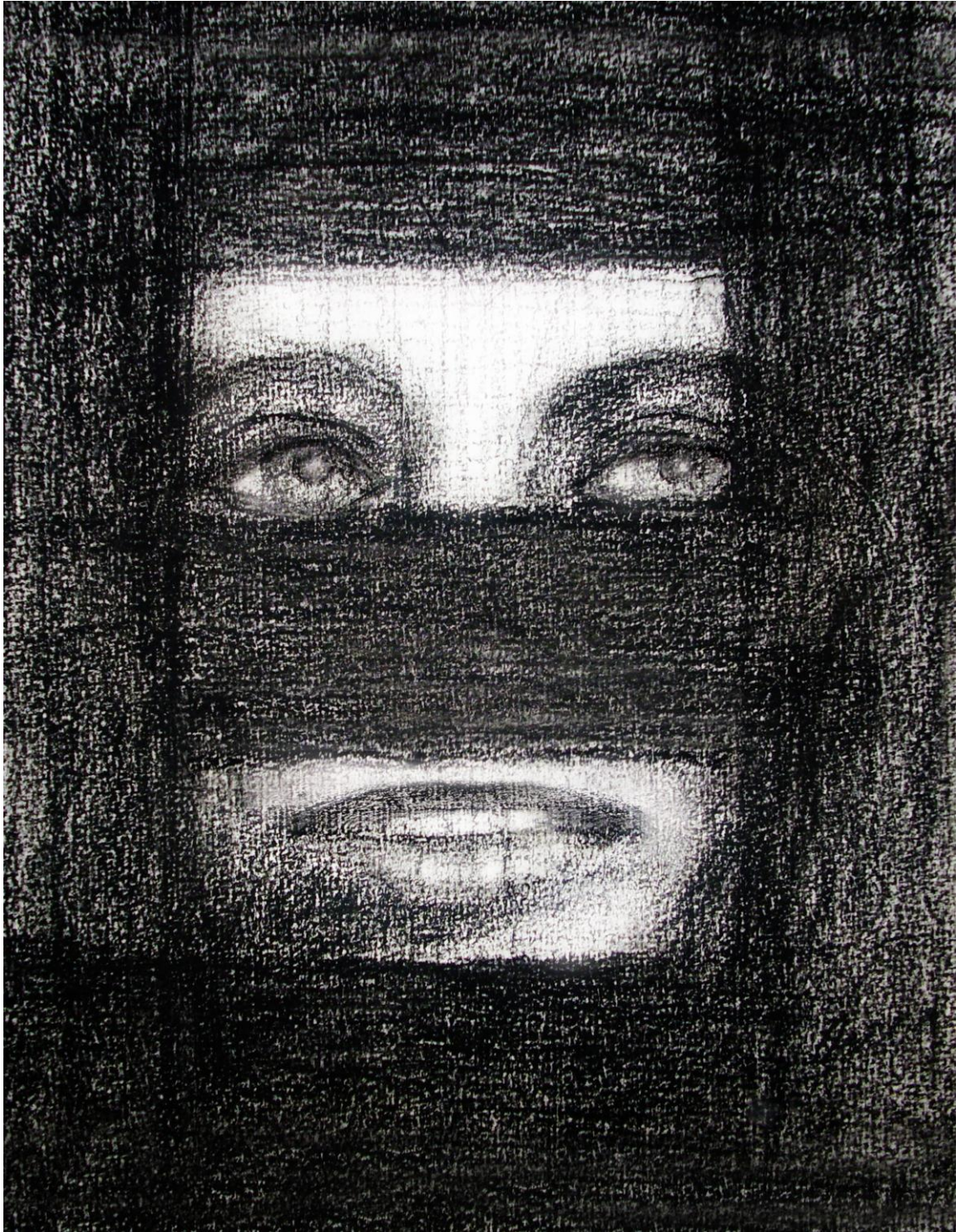
<b>ANEXOS</b>	160
Anexo A: Consentimiento Informado	161
Anexo B: Formato Entrevista Semiestructurada	163
Anexo C: Escala de Gravedad de síntomas de Estrés Postraumático	167
Anexo D: Escala de Inadaptación	168
Anexo E: Inventario de situaciones y síntomas de ansiedad	169
Anexo F: Cuestionario de Autoestima	170
Anexo G: Inventario de Depresión de Beck Revisado	171
Anexo H: Inventario de Expresión de la Ira	172
Anexo I: Certificación pruebas de Inmunoglobulina M	175

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Factores asociados al fenómeno de la violencia de pareja	31
Tabla 2.	Operacionalización de las variables del estudio	68
Tabla 3.	Caracterización sociodemográfica de la población	83
Tabla 4.	Pruebas de normalidad de la población	85
Tabla 5.	Correlaciones no paramétricas en la población	91
Tabla 6.	Estadísticas de las variables de análisis	96
Tabla 7.	Comparación con el Estadístico U de Mann-Whitney	100
Tabla 8.	Chi Cuadrado para evaluar asociación con escalas psicológicas	111
Tabla 9.	Resumen del Modelo de Regresión Múltiple para la IgM	115
Tabla 10.	Coeficientes del Modelo de Regresión Múltiple	115
Tabla 11.	Resumen del Modelo de Regresión Múltiple para la GSR	116
Tabla 12.	Coeficientes del Modelo de Regresión Múltiple	117

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1.	Gráfico de normalidad para la variable Inmunoglobulina M	86
Gráfico 2.	Gráfico de normalidad para la variable GSR	87
Gráfico 3.	Gráfico de normalidad para la variable Estrés	88
Gráfico 4.	Gráfico de normalidad para la variable ansiedad	89



*Autor de la imagen: Oscar Muñiz.*

*¿Acaso no pueden percibir el mundo más allá de sus propias miserias y limitaciones, enmarcado por la oscura sombra de la fatalidad, detrás de la cual se esconden para regodearse en el cruel devenir de su existencia?*

*La Autora*

## **INTRODUCCIÓN**

---

El fenómeno social de la violencia intrafamiliar y de pareja es tan antiguo como las primeras convivencias entre el hombre y la mujer (Herrera, 2003), y la violencia por parte del compañero(a) íntimo(a) (Intimate Partner Violence, IPV) se inscribe dentro de dicha categoría con los consabidos elementos predisponentes, desencadenantes y precipitantes. Es un flagelo tan antiguo como la humanidad lo cual ha llevado a que cada época en particular preste atención y se centre bien sea en uno o varios de sus aspectos; unas veces la atención se centra en sus causas, otras en sus consecuencias y otras tantas lo abordan de forma integral, abarcando lo más posible del fenómeno.

Sería arriesgado decir que a la fecha la violencia contra la pareja se ha incrementado, lo que seguramente ocurre es que se le ha dado más importancia y ello ha hecho que salga más a la luz, ahora las personas tienden a denunciar más, a tolerar menos y a buscar ayuda; posiblemente las víctimas de la violencia conyugal hayan comenzado a asumir una actitud más activa y reflexiva frente a su realidad, ello apoyado también en los cambios que ha tenido la misma sociedad en los últimos años, cambios que han incidido para bien o para mal, en la misma constitución de la familia y en los roles que dentro de ella se asumen. Sin embargo, no deja de ser preocupante el hecho de que los estudios demuestran que las denuncias de casos de violencia, los caos que recogen las estadísticas, representan tan solo una pequeña parte de las verdaderas dimensiones del problema (Gracia, 2002), hecho nominado y descrito por este autor como “el iceberg de la violencia familiar”.



En este sentido el mismo autor aporta datos provenientes de veintitrés países los que indican que entre el 20 y 50% de las mujeres son sometidas a algún tipo de maltrato en el seno de su familia, en el Japón alcanza el 59%. Los tipos de maltrato varían, van desde lo físico a lo psicológico y sexual (p. 37). Otro hecho importante es la cronicidad de los maltratos, no se trata de hechos esporádicos o aislados sino de permanencia en el tiempo.

Hay una realidad que va más allá de todo lo que se ha logrado en relación con el fenómeno de la violencia entre la pareja o aún entre la familia, es el hecho de que las cifras disponibles no representan la verdadera dimensión del problema lo cual lleva a concluir que la visibilidad social de la violencia todavía es bastante reducida (p. 44). Es necesario por lo regular que la agresión sea muy significativa, la amenaza percibida muy alta o las implicaciones muy serias (por ejemplo asuntos de custodia de los hijos), para que las víctimas se atrevan a denunciar los hechos ante las instancias de las cuales se sacan los datos que alimentan las cifras en las que se basan los investigadores, por lo tanto, los demás casos quedan en el anonimato, ello sin contar aquellos casos extremos donde la víctima muere. Por lo demás, muchos casos solo involucran lesiones o amenazas consideradas menores y nunca llegan a ser denunciadas o no se les presta de debida atención por lo que implica un proceso de tipo legal al que muchas víctimas no están dispuestas a enfrentar. Es bien sabido que en los sistemas legales y penales escasamente se sacan adelante procesos de forma completa ya que muchos no llegan a feliz término. Se estima que solo se denuncia entre un 5 y 10% de los casos (p. 52).

Las entidades públicas y privadas también han incidido notablemente en los cambios antes mencionados, han asumido una parte de la responsabilidad y han comprendido que la problemática atañe a todos y que la sociedad, por operar como un sistema, se ve afectada en su totalidad una vez falla alguna de sus partes. Es bien sabido que la violencia por parte de la pareja ha pasado de ser un problema íntimo y soterrado a ser un problema de salud pública (otro tanto ocurre con los demás tipos de violencia familiar), en la medida en que se ha demostrado que afecta todas las esferas de interacción de los seres humanos: económica, social, familiar, laboral y personal, entre otras; siendo que las consecuencias son más graves en lo personal pues son la integridad y la dignidad humanas las que están en juego. Al respecto, (Guido, 2002), plantea que la salud pública tiene puntos de partida interdisciplinarios; su centro de interés y objeto de estudio son los diferentes aspectos, determinantes en el bienestar humano tanto físico como emocional, sean éstos biológicos, psicológicos, sociales, relacionados con la cultura, el entorno y las respuestas sociales existentes.

En el informe de la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer, realizada en Beijing Naciones Unidas en 1995 (citado por Cervantes, Ramos, Soltijeral & Torres, 2004, p. 242), se describe al fenómeno de la violencia hacia la mujer como un problema de derechos humanos, lo que lo convierte en objeto de responsabilidad social y obliga a los estados a tomar parte en la solución del problema. El problema se considera prioritario porque impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, viola o menoscaba el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales con múltiples efectos adversos. El problema tiene elevados

costos sociales, sanitarios y económicos para los individuos y la sociedad en su conjunto.

Los datos anteriores permiten enunciar que como problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud a través de su Boletín Oficial le ha dedicado atención y ha publicado diversos estudios y datos sobre el particular (Vos, et al, 2006; Abrahams, Jewkes, Hoffman y Laubsher, 2004; Koenig, et al, 2003; Hindin, 2003; Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006); otro tanto ha ocurrido con la Asociación Psicológica Americana a través de la Revista *Psychology of Women Quarterly*, la cual ha publicado varios artículos relacionados con la violencia en la pareja (Graves, Sechrist, White & Paradise, 2005; McHugh, Livingston & Ford, 2005; Sorenson & Taylor, 2005).

Una vez expuestos los aspectos anteriores cabe decir que uno de los objetivos de este trabajo es explorar la interrelación de las dimensiones Bio-Fisio-Psico y Social de las personas objeto de estudio, cuya condición o experiencia de vida ha estado marcada por el maltrato recibido por parte de su compañero o compañera.

Para el efecto se evalúan en un grupo experimental y un grupo cuasi control las variables del estudio, entre las cuales se encuentran: variables socio demográficas, una variable de tipo biológico que para el caso se trató de la Inmunoglobulina M, una variable de tipo psicofisiológico denominada Respuesta Galvánica de la Piel y, en su conjunto, una serie de variables de tipo psicológico entre las que se encuentra el

estrés postraumático, la inadaptación, la ansiedad, la depresión, la expresión de la ira y autoestima, entre otras.

La primera parte de este trabajo está relacionada con los aspectos generales y específicos del fenómeno de la violencia en la pareja, la perspectiva teórica e investigativa de las variables en estudio, incluyendo el abordaje terapéutico del fenómeno.

La segunda parte contiene los aspectos metodológicos del trabajo; se abordan las variables a partir de un modelo multifactorial o correlacional, cuantitativo, descriptivo y exploratorio. Se optó para esta investigación por un diseño trasversal y se estableció una asociación midiendo y cuantificando la correlación.

En la tercera y cuarta parte se presentan los resultados del estudio a partir del análisis dinámico de los datos, procesados con el SPSS, versión 18, licenciada en la Universidad de San Buenaventura de Medellín Colombia. Este análisis se realiza con relación a los objetivos propuestos. Esta parte finaliza con una discusión general de los hallazgos más relevantes.

**PARTE I:**  
**MARCO TEÓRICO**

---

## **CAPÍTULO I**

### **ASPECTOS GENERALES DEL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA**

Se trata de un fenómeno multidimensional, multicausal y universal donde interviene la familia como unidad de interacción social y donde se instauran sus miembros como posibles víctimas.

#### **1.1 Un fenómeno multidimensional**

Una realidad concerniente al fenómeno de la violencia en la pareja es el hecho que por su carácter multidimensional no puede ser abordado por un solo ente, pues en él converge la necesidad de una mirada interdisciplinaria: profesionales de la psicología, la sociología, el derecho y las ciencias de la salud (Brienza, Whitman, Ladouceur & Green, 2005; McFarlane, Groff, O'Brien & Watson, 2005; Johnston, 2006; Aguado, et al. (2007), entre otros.

Lo antes expuesto remite a la idea de la multicausalidad del fenómeno, lo que hace difícil su abordaje dada la complejidad del ser humano, principal actor del conflicto.

Retomando las ideas anteriores, se confirma lo expresado por Amar (2007):

Para la ciencia y el pensamiento contemporáneos lo humano emerge de la compleja articulación recíprocamente constituyente entre lo biológico, lo psíquico y lo sociocultural. Esto implica que la relación entre estas tres dimensiones ya no puede seguir siendo concebida en términos de una simple progresión de niveles de cada vez mayor complejidad (lo biológico - lo mental - lo social); la hipótesis que surge cada vez con más fuerza a partir de los hallazgos de la ciencia contemporánea, es que tanto lo biológico como lo psíquico y como lo social, son resultado de una construcción recíproca entre estas tres dimensiones mutuamente constituyentes de lo humano. Lo humano se juega y emerge desde la complementariedad, y no desde la jerarquización entre estas dimensiones (p. 9).

Por otra parte, vale anotar el modelo biopsicosocial de la violencia doméstica adaptado de Rosembaum, Geffner & Sheldon (1997), citado por Cáceres (2007):

1. Las personas se activan fisiológicamente en función de diversas fuentes de estrés (laboral, marital...).
2. Sobrepasados determinados niveles de activación, la mayoría de las personas entrarían en un período de reacción automática. Se diferenciarían entre sí:
  - 2.1 En los umbrales que determinan su pase a “automático” de manera constante (e.g. factores de personalidad) o coyunturalmente (e.g. Alcohol).

2.2 En la forma de actuar y de controlar procesos cognitivos cuando se encuentran en tal estado (posiblemente en función de su experiencia pasada, su escuela de aprendizaje social y su tipología de personalidad... (pp 60-61).

En este modelo, Cáceres confirma las suposiciones e hipótesis que surgen del tema de la complejidad de la naturaleza humana y por ende se sus relaciones biopsicosociales conservando el enfoque multidimensional que para este caso enmarca el fenómeno en estudio.

## **1.2 ¿Un Fenómeno universal?**

Un aspecto ya mencionado pero tal vez no muy precisado hasta ahora en el presente trabajo, es la idea de que el fenómeno de la violencia entre la pareja ha sido ampliamente estudiado debido, entre muchos aspectos, al hecho de ser una realidad inherente a la naturaleza humana; al respecto Torres (2001), manifiesta:

El tema de la violencia en la familia y especialmente en la pareja cada vez logra mayor presencia en la agenda internacional y en programas específicos de los gobiernos nacionales. En los lugares más diversos se han realizado investigaciones relacionadas con el tema y se ha visto que las distintas variantes de este tipo de violencia, dentro o fuera del hogar, constituyen una realidad presente prácticamente en todo el mundo; se evidencian diferencias en el contexto, las costumbres, las formas, las leyes, etc. pero se conservan



semejanzas y características que permiten ubicarla como un fenómeno universal. (p. 181).

La bibliografía y literatura científica da cuenta de algunas investigaciones encontradas en la pesquisa sobre el estado del arte del tema de la violencia de pareja, como un fenómeno que se observa y se estudia en diferentes lugares del mundo: Japón (Yoshihama, Horrocks & Kamano, 2007; Nemoto, Rodríguez & Valhmu, 2006), Estados Unidos (Mitchell, et al, 2006; Field & Caetano, 2005; Merrill, Stander, Thomsen, Crouch & Milner, 2006; Caetano, Ramisetty-Mikler & Field, 2005; Klap, Tang, Wells, Starks & Rodríguez, 2007; Zarza & Froján, 2005), Australia (Vos, et al, 2006), España (Montañés & Moyano, 2006), Canadá (Hyman, Forte, Du Mont, Romans & Cohen, 2006; Johnson, 2005), Egipto (Yount, 2005), Zambia (Lawwoko, 2006), Nigeria (Owoaje & OlaOlorun, 2005), Cambodia (Yount & Carrera, 2006), Bangladesh (Salam, Alim & Noguchi, 2006), India (Koenig, Stephenson, Ahmed, Jejeebhoy & Campbell, 2006), Nueva Zelanda (Paterson, Feehan, Butler, Williams & Cowley-Malcolm, 2007; Paterson, Fairbairn-Dunlop, Cowley-Malcolm & Schluter, 2007), Irlanda del Norte (Dorahy, Lewis & Wolfe, 2007), Pakistán (Hyder, Noor & Tsui, 2007), Trinidad (Hadeed & El-Bassel, 2007), México (Villarreal, 2007) y Venezuela (Carrera & González, 2006).

Uno de los factores contemplado en estas investigaciones es el aspecto de la familia como una unidad de interacción social, identificada y reconocida mundialmente.

### **1.3 La Familia como Unidad de Interacción Social**

Desde el comienzo de la humanidad, se ha visto la tendencia a la formación de familia, la cual en palabras de Amar, Abello & Kotliarenco (2004), constituye la institución intermedia entre el hombre y la sociedad; su conformación requiere que el hombre y la mujer compartan en conjunto las funciones que la sociedad designa, ello permite definir a esta importante unidad como una institución de integración, cooperación e interdependencia unida por el afecto mutuo, en ella participan muchos actores pero, es en la pareja donde recae la responsabilidad y el compromiso de la sobrevivencia misma de la sociedad.

Debe cumplir la familia, según estos autores, con trascendentales funciones desde el punto de vista económico, social, formador, pero sobretodo, emocional, lo cual lleva a que al interior de cada grupo familiar surjan, se consoliden y refuercen patrones de interacción repetitivos los cuales, independiente de que sean adecuados o no, marcan la pauta de vida futura de cada uno de los miembros.

Los autores afirman que cuando las familias no pueden cumplir adecuadamente las funciones, se generan carencias o déficits importantes en la posibilidad de interacción y sobrevivencia “sana” de sus miembros, sin embargo, los estudios han demostrado la gran importancia que tiene lo emocional en la manera como las personas vivencian su mundo e interactúan en él conservando unidad y equilibrio afectivo; cuando las familias no pueden cumplir adecuadamente con sus funciones emocionales se generan rasgos de conductas que dificultan o impiden el desarrollo de una personalidad armónica y son fuente de diversos tipos de patología o desequilibrio tanto de tipo psicológico como biológico y fisiológico (p. 8).

Continuando con las anotaciones sobre la familia y su rol en el fenómeno de la violencia, Gracia (2002), aduce que en vista de que la violencia familiar es un fenómeno tan frecuente y nocivo para sus miembros, se ha llegado a considerar a la familia como “uno de los lugares más peligrosos de la sociedad”, dado que las estadísticas han demostrado que “es más probable que una persona sea asesinada, atacada físicamente, golpeada, abofeteada o azotada en su propio hogar por otro miembro de la familia que en cualquier otro lugar o por cualquier otra persona en nuestra sociedad”. Las personas más vulnerables a estos abusos siguen siendo los niños, las mujeres y los ancianos (p. 25).

Algunas anotaciones de Traverso (2000), estipulan que al interior del grupo familiar y de la pareja, la violencia se legitima como mecanismo válido para resolver conflictos, ha pasado a formar parte integral de la relación en muchos hogares. En el

hogar donde la violencia es rutina, la función de afecto, protección y cuidado se ve empañada por el daño, la amenaza y el temor, lo cual dificulta ampliamente el estudio del tema. Entre los factores que influyen para que la violencia en la pareja se haga presente, perdure y no se denuncie están: la necesidad de resguardar la privacidad, falta

de confianza en que se vaya a recibir protección policial, temor a que se desintegre el núcleo familiar y que arresten a la pareja o simplemente el dolor de hablar del tema; sin embargo, hay hechos que han contribuido a que la situación salga a la luz y se comience a hablar de ella, entre ellos está el surgimiento del movimiento feminista en la década de los sesenta, la apertura de los primeros refugios para mujeres maltratadas a comienzos de los setenta, la preocupación de la Comunidad Internacional por los derechos humanos y el avance de las investigaciones psicosociales sobre el tema, entre otros (p. 2).

Para Solís & Moreira (2004), la familia viene a ser una especie de estructura relativamente invisible pero al mismo tiempo muy real en la que están insertos los individuos que la componen. Una pareja en esos términos puede constituir un grupo familiar con su propia dinámica y estructura. La violencia intrafamiliar empieza a hacerse tangible a medida que el malestar avanza y los hilos comienzan a entretorse como la trama de la estructura familiar hasta casi transformarla y constituirse en especie de superestructura poderosa de la cual es difícil liberarse (p.4).

Los patrones de interacción familiar mencionados por las autoras quienes a su vez retoman a Ehrenwald (1978), son:

- a) patrón de coparticipación (el más saludable de los patrones que supone madurez de la pareja y de la familia), b) patrón de contagio (se comparten actitudes neuróticas o perturbadas), c) patrón complementario (se basa en una forma enferma de supervivencia: parejas sadomasoquistas, de imposición-sumisión, etc.), d) patrón rebelión-resistencia (describe conductas oposicionistas, conflictos generacionales y enfrentamientos entre la pareja) y, e) patrón de incompatibilidad (equivale en términos de convivencia a la ausencia práctica de relaciones interpersonales positivas y aceptables (p. 5).

La violencia conyugal se constituye en una de las múltiples formas de incumplimiento de las funciones emocionales atribuidas a la familia, ya que como señala Flórez (1995), citado por Amar et al (2004), un padre maltratador que generalmente es el perpetrador de actos violentos en la familia y una madre maltratada tienen muy malas relaciones con sus hijos y regularmente con su entorno, debido al daño que se genera en su estructura de personalidad y en su integridad personal.

## 1.4 Las Víctimas

Vale anotar que si bien las estadísticas han demostrado la prevalencia de la violencia por parte del varón sobre la mujer, ello no refleja la realidad en su totalidad, dado que también se registran cada vez más casos de agresión por parte de la mujer hacia el varón, así como la reciprocidad en la misma (Lafontaine & Lussier, 2005; Frieze, 2005; Caetano, et al, 2005), esto sin tener en cuenta las parejas conformadas por personas del mismo sexo, donde también se presenta el fenómeno de la violencia por parte del compañero(a) íntimo(a) (McKenry, et al, 2006).

Lo anterior es ilustrado por el estudio de Whitaker, Haileyesus, Swahn, & Saltzman (2007), donde se trató de revisar la incidencia de la reciprocidad (violencia perpetrada por ambas parejas) y la no reciprocidad de la violencia de pareja, para determinar si la misma está relacionada con la frecuencia de violencia y la lesión. Se analizaron los datos a partir de un estudio longitudinal nacional, que contenía la información sobre la violencia de pareja y la lesión, de 18.761 encuestados respondieron 11.370 los cuales a la fecha sostenían relaciones heterosexuales. Casi 24 % de todas relaciones tenían un poco de violencia, en la mitad (49.7 %) de los casos eran recíprocamente violentos. En las relaciones violentas no recíprocas, las mujeres eran las autoras en más del 70 % de los casos. La reciprocidad fue relacionada con violencia más frecuente entre las mujeres. Respecto a la lesión, los hombres eran más propensos a infligir lesión que las mujeres y la violencia de pareja recíproca fue relacionada con lesión mayor que la violencia de pareja no recíproca

sin tener en cuenta el género del autor. El contexto de la violencia (recíproca versus no recíproca) es un indicador poderoso de la lesión. Los enfoques de prevención de la escalada de la violencia de pareja pueden ser requeridos para abordar la violencia recíproca.

El desarrollo de la investigación sobre la violencia doméstica fue consecuencia del trabajo de miles de mujeres, organizadas o independientes, la mayor parte de los estudios y de los académicos considera que las únicas víctimas directas son las mujeres, aunque desde el principio se han presentado resultados y argumentos que contradicen tal premisa, la tendencia general a ignorar a los hombres como víctimas prevalece (Pérez, 2002, p.2).

La historia de la violencia doméstica es una iniciativa de las mujeres por y para las mujeres, estrechamente relacionada con las iniciativas de organismos pertenecientes al Movimiento de Liberación Femenina y con el trabajo realizado por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Moncayo, 1997; citado por Pérez, 2002, p. 1).

Los estudios de prevalencia e incidencia de las agresiones entre hombres y mujeres han tenido errores o problemas de validez y confiabilidad, han mostrado contradicciones en los resultados. En Estados Unidos, muchos de los estudios no se han preocupado por documentar la posible agresión de los hombres por parte de sus compañeras, enfatizan mucho más en la mayor victimización de las mujeres que en

las también preocupantes cifras de victimización de los hombres. Los resultados de las Encuestas Nacionales de Violencia en la Familia, mostraron que los hombres y mujeres tienen las mismas probabilidades de ser agredidos(as) físicamente por su compañero(a) (Straus, 1999, citado por Pérez, 2002).

Aunque la violencia de las mujeres sea considerada como defensiva, ésta es severa y no debe ser ignorada por parecer justificada. Según los estudios de Migliaccio, (2001), citado por Pérez (2002), existe el fenómeno de la marginalización de los hombres maltratados por sus parejas, especialmente en la sociedad occidental, ello implica la negación del acceso a los recursos, la inhabilidad de asumir una identidad dominante y la percepción de otros como “desviado” en referencia al cuestionamiento de la masculinidad; los hombres aceptan las agresiones emocionales y físicas porque pedir ayuda cuestionaría su identidad masculina al evidenciar la pérdida de control sobre su relación; la cultura niega la posibilidad de que un hombre sea agredido por su pareja rechazando a los hombre que se identifican como víctimas de sus compañeras (Pérez, 2002, p.10).

En Colombia, la fuente más confiable sobre violencia doméstica, aunque sus estudios estadísticos consideren únicamente las agresiones físicas, es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Si bien las cifras reportadas indican una mayor prevalencia de agresión por parte del varón, desde 1995 a la fecha, se ha observado un aumento significativo de los casos de hombres



lesionados; mientras en 1995 se reportaron 1.604 casos, en 1998 la cifra fue de 3.380 casos, de ellos 1.337 en Bogotá (Pérez, 2002, p.16).

Otros autores también han abordado este fenómeno de la bidireccionalidad o reciprocidad en la agresión de pareja (Robertson & Murachver, 2007), ello continua ratificando la idea de que ya no es tan pertinente seguir hablando de agresión solamente del género femenino, aunque, también es cierto que en muchas ocasiones es difícil precisar si dicha violencia aparece como una forma de defensa o resistencia a las mismas agresiones de que se es víctima (Muftic, Bouffard, & Bouffard, 2007; Hughes, Stuart, Gordon & Moore, 2007).

Estos datos sugieren la importancia de dejar de lado los sesgos de género y abogan por la neutralidad en tal sentido, muchas investigaciones se han centrado en el género como una de las principales variables a estudiar, ya se ha dicho que los datos en ocasiones alarmantes frente a la violencia hacia las mujeres han propiciado tal inclinación (Ferrer & Bosch, 2005; Redondo, 2004; Gormley, 2005; Dutton & Goodman, 2005; Bookwala, Sobin & Zdaniuk, 2005; Hamby, 2005; Williams & Hanson, 2005; Brush, 2005; Krahe & Berger, 2005; Anderson, 2005; Kernsmith, 2005; McHugh, 2005; Krahe, Bieneck & Moller, 2005; Anderson, 2007).

Se busca además que se atenúen los prejuicios que desde la orientación sexual se han ido perpetuando a lo largo de la historia, de hecho algunos estudios han demostrado que la violencia de pareja se da en todos los tipos de uniones (McKenry,

Serovich, Mason, & Mosack, 2006), estos autores concluyeron que los hombres y mujeres que tienen parejas de su mismo género pueden experimentar violencia doméstica en proporciones tan altas o superiores como las parejas heterosexuales; también señalan que todavía hay una ausencia notable de investigación empírica de este fenómeno (Seelau & Seelau, 2005; Stanley, Bartholomew, Taylor, Oram & Landolt, 2006), por otro lado se ha hallado que los sesgos en relación a la orientación sexual de las víctimas ha incidido en la atención oportuna y eficaz por parte de las autoridades (Pattavina, Hirschel, Buzada, Faggiani & Bentley, 2007).

Varios estudios han indicado que la violencia de pareja está presente no solo en todo tipo de unión y en muchas partes del mundo, sino que, es perpetrada por parejas sin restricciones de edad o período evolutivo (adolescentes, adultos, adultos mayores, etc.) y no solo en parejas con una unión marital de hecho sino también con una relación de novios (Cáceres & Cáceres, 2006; Fernández-Fuertes, Fuertes & Pulido, 2006; González & Santana, 2001; Bookwala, et al, 2005; Bonomi, et al, 2007; Carrera & González, 2006; Próspero & Vohra-Gupta, 2007; Póo y Vizcarra, 2008; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa & Corral, 2007). También, que las ideas preconcebidas frente a la violencia inciden notablemente en la actitud frente a la misma, específicamente, se tiende a juzgar como más significativa la violencia de los hombres hacia las mujeres que aquella de las mujeres hacia los varones (Cáceres, 2007; Ferrer & Bosch, 2005; Soler, Barreto & González, 2005).

Muchas son las variables que se han tenido en cuenta en este tipo de estudios, entre ellas se puede mencionar por ejemplo el tipo de unión, se ha demostrado que probablemente las uniones donde la pareja cohabita son más violentas que las donde hay un matrimonio propiamente dicho, sin embargo, se recomienda tener cuidado con este tipo de conclusiones dado que no son determinantes y pueden inducir a error (Kenney & McLanahan, 2006).

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA DE PAREJA**

Revisando la literatura al alcance fue posible identificar, desde diversos autores, algunos conceptos fundamentales para el manejo de la presente revisión. En estos autores se dan similitudes y aportes desde su conocimiento a la estructuración de un marco de referencia del tema de la violencia. A continuación se consignan estos aspectos:

#### **2.1 Conducta Violenta**

Torres (2001), la define como un “Comportamiento, bien sea un acto o una omisión, cuyo propósito sea ocasionar un daño o lesionar a otra persona y en el que la acción transgreda el derecho de ésta. En cualquier caso se trata de un comportamiento intencional” (p. 29). En el caso particular del presente trabajo dichos comportamientos se dan entre los miembros de la pareja.

La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de fuerza, y se corresponde con verbos como violentar, violar, forzar. En todos los casos el uso de la

fuerza remite al concepto de poder. La violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, etc. (Corsi, Dohmen, Sotés & Bonino, 2002, p.11).

El empleo de la fuerza se convierte en un método posible para resolver conflictos interpersonales, como un intento de doblegar la voluntad del otro. La conducta violenta se hace posible en un contexto de desequilibrio de poder, permanente o momentáneo. En las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder. El vínculo entre dos personas caracterizado por el ejercicio de la violencia de una de ellas hacia la otra se denomina relación de abuso (Corsi et al, 2002, p.12).

Una de las definiciones que más claridad puede aportar es la enunciada por Pérez (2002), donde especifica diversos elementos sobre la violencia que quizás no son tenidos en cuenta por otros autores, ésta se relaciona a continuación:

**Agresión.** Agrupa los conceptos de abuso y maltrato; es un comportamiento derivado de una tensión cuyos objetivos son la delimitación territorial de los grupos o el establecimiento de un orden jerárquico donde el daño puede o no ocurrir y la intención no es herir al oponente aunque no se excluye esta posibilidad (Eibl-Eibesfeldt, 1986, citado por Pérez, 2002, p. 25).

Para la autora la agresión se define como un comportamiento o una acción, mientras que el abuso y el maltrato son formas de relación que incluyen actos agresivos pero no excluyen comportamientos protectores y afectuosos.

**Abuso.** Se define particularmente como un comportamiento cuyo objetivo es el adquirir, mantener o confirmar el poder de una persona sobre otra o de un grupo sobre otro y busca el sometimiento del otro; en este caso el agresor se aprovecha de su situación de poder para realizar sobre la otra persona actos contra su dignidad; todo abuso es agresivo pero no todas las agresiones son abusivas (un ejemplo es el caso del niño que le da una patada a la madre), el tipo más frecuente de abuso es el sexual (Landes et al, 1997, citado por Pérez, 2002).

**Maltrato.** También es un tipo de agresión donde el comportamiento se dirige específicamente a un individuo, no a los objetos, y tiene como fin dañar al otro física o psicológicamente; no es simplemente la suma de acciones agresivas; primero implica que existe una relación estable entre la persona que agrede y quien recibe la agresión, sin que exista necesariamente una relación de autoridad-subordinación, como segundo aspecto, implica que este tipo de situación se ha llevado a cabo dos o más veces durante la convivencia. En este contexto tanto las agresiones como sus

causas y consecuencias forman parte de la relación, no son episodios aislados (Pérez, 2002, p. 26).

## **2.2 Violencia Intrafamiliar**

Para Herrera (2003), la violencia intrafamiliar es “todo acto de violencia realizado por un miembro o miembros de una familia nuclear (padres e hijos), dirigido contra otro u otros miembros de la misma y que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico o psicológico” (p. 33).

Según Torres (2001), la violencia familiar es cíclica, progresiva y en muchos casos mortal. Afecta a mujeres, que han ido incorporando el miedo a su forma de vida: miedo a los golpes, a los insultos, al silencio condenatorio, a las reacciones de la pareja, miedo de hablar, de hacer o decir cualquier cosa que pueda desencadenar una situación de violencia, miedo de pensar en sí mismo(a)s, de expresar y aun de identificar las propias necesidades. En suma, miedo de vivir.

La autora continúa señalando que hace poco más de dos décadas, comenzó a hablarse en diferentes espacios sobre el tema y ello ha generado reacciones cargadas de dolor que han llevado a la reflexión debido a que la concepción de familia como espacio de tranquilidad y armonía, de ámbito idóneo para el crecimiento y el

desarrollo personal de sus integrantes, ha resultado ser en muchos casos una ilusión más que una realidad (p. 18).

Y continúa, detrás de cada persona maltratada al interior de su hogar, hay siglos de silencio, literalmente hablando. El fenómeno no es nuevo, es solo que apenas recientemente se ha empezado a hablar de ello, a reconocérsele como hecho condenable y perturbador. Muchas conductas que antes eran consideradas como normales e incluso inevitables, ahora se consideran violencia (Torres, 2001, p.18).

Es difícil definir lo que es violento porque ello también está en cierta medida determinado por los contextos sociales y por las épocas; lo que en una sociedad se considera violento, en otra puede pasar inadvertido o estar justificado por las leyes. Ejemplos claros son la esclavitud y la concepción de ciudadanía que hasta hace apenas 50 años era totalmente diferente para hombres y mujeres. Las desigualdades y exclusiones han perdurado a lo largo de la historia de la humanidad, sin apenas vislumbrarse la violencia que está detrás de las mismas. La violencia entonces es un concepto histórico y los cambios sociales no se dan por decreto ni se producen espontáneamente; las desigualdades, las jerarquías y las exclusiones no solo repercuten en las familias sino que se reproducen en ellas (Torres, 2001, p. 19).



### **2.3 Tipos de Violencia en la Pareja**

La gran mayoría de los estudiosos han coincidido en que existen entre tres y cuatro tipos de violencia, según Gracia (2002), la violencia de pareja involucra:

- ✓ Los maltratos físicos se realizan con el empleo de la fuerza bruta y se define como cualquier acción no accidental, que provoque o pueda provocar en la víctima daño físico o enfermedad. Este tipo de maltrato puede a su vez incidir en la psiquis de la víctima y producir secuelas psicológicas.
- ✓ La violencia psicológica hace referencia a cualquier acto o conducta intencionada que produce agresión, desvaloración o sufrimiento de la víctima. Los insultos verbales y la crueldad mental son ejemplos de ello.
- ✓ La violencia sexual, que reúne los dos componentes antes mencionados, consiste en obligar al compañero(a) permanente a tener relaciones sexuales utilizando la fuerza física o la psicológica.

Para Torres (2001), la violencia entre la pareja puede clasificarse en física, psicológica, sexual y económica. La particularidad de la violencia física es la marca en el cuerpo de la víctima; siempre deja huellas aunque no siempre sean visibles y cuyos efectos pueden ser a corto o a largo plazo. Los medios utilizados y los tipos de lesiones también varían bastante. Los casos de violencia física por omisión involucran por ejemplo privar a la persona de alimento, bebida, medicinas o impedir

que la persona salga de un determinado lugar donde las condiciones no son las más adecuadas (p. 32).

La autora considera que la violencia psicológica involucra un daño en la esfera emocional y se vulnera el derecho de la integridad psíquica; al contrario de la violencia física donde regularmente se pueden ver los daños, en la psicológica la víctima solo refiere sensaciones y malestares como confusión, incertidumbre, humillación, burla, ofensa, dudas sobre las propias capacidades; los demás pueden advertir insultos, gritos, sarcasmos, engaños, manipulación, desprecio, pero las consecuencias emocionales no se notan a simple vista. Quienes viven violencia psicológica no solo ven reducida su autoestima por la experimentación continua del rechazo, el desprecio, la ridiculización y el insulto, sino que en muchas ocasiones sufren también alteraciones físicas, trastornos en la alimentación, trastornos del sueño, enfermedades de la piel, úlceras, gastritis, jaquecas, dolores musculares, etc. todo ello como respuesta fisiológica cuyo origen está en la esfera emocional (p. 32).

La violencia sexual más evidente es la violación mediante el uso de la fuerza física o moral, ésta no necesariamente ha de ser con el pene. Otras formas son los tocamientos propios y del otro, prácticas sexuales no deseadas o aceptadas, acoso sexual, hostigamiento sexual, prostitución forzada, comercio sexual, etc.

La violencia económica se refiere a la disposición efectiva y al manejo de los recursos materiales propios o ajenos, de tal forma que los derechos de la otra persona sean transgredidos (p. 34).

## **2.4 Costos de la Violencia de Pareja**

La violencia de pareja y familiar como todo problema de salud pública conlleva altos costos que inciden no solo en la economía de un país sino, en cada una de las personas que están involucradas. La calidad de vida de las personas que deben sufrir la violencia se ve afectada seriamente, las consecuencias pueden repercutir significativamente en su bienestar físico y psicológico; los daños emocionales pueden perdurar durante el resto de la vida, limitando la capacidad del ser para el ajuste personal y social.

Según Gracia (2002), el informe realizado por el Innocenti Research Centre, para UNICEF recoge un conjunto de estudios realizados por el Banco Interamericano para el Desarrollo en Brasil, Colombia, El Salvador, México, Perú y Venezuela. Dicho informe clasifica los costos en cuatro categorías:

- ✓ Costes Directos: gastos que ocasiona la ayuda psicológica y tratamientos médicos, servicios prestados por la policía, costes generados en el sistema judicial, alojamiento y refugios para mujeres y sus hijos, servicios sociales.

- ✓ Costes no monetarios: incremento en la morbilidad y mortalidad como consecuencia de suicidios y homicidios, incremento de la dependencia de drogas y alcohol, aumento de desórdenes depresivos.
- ✓ Efectos económicos multiplicadores: reducción de la participación de la mujer en el mundo laboral, reducción de la productividad en el trabajo y menores ganancias económicas.
- ✓ Efectos sociales multiplicadores: impacto intergeneracional, erosión del capital social, reducción de la calidad de vida, menor participación en procesos democráticos (p. 104).

## **2.5 Factores Asociados a la Violencia de Pareja**

Son muchos los factores que han sido asociados al fenómeno de la violencia familiar y de pareja, los expertos insisten en que hay una confluencia de los mismos y en ningún momento se puede decir cuál tiene más peso, pues sería casi utópico esperar que de un fenómeno tan amplio se pudieran identificar causas determinantes y únicas. Para Pérez (2002), algunos de los factores identificados pueden clasificarse en biológicos, sociales y psicológicos. Tabla 1.

Tabla 1. Factores asociados al fenómeno de la violencia por parte de la pareja

FACTORES BIOLÓGICOS	FACTORES SOCIALES	FACTORES PSICOLÓGICOS
<p>✓ <i>Genética y agresión:</i> estudios de familias, estudios con gemelos, relación entre agresión y defectos genéticos, diferencias sexuales o de género.</p> <p>✓ <i>Cerebro y agresión:</i> posibilidad de un “centro” de agresión y del control que éste tiene sobre la misma, se han utilizado para estos estudios técnicas de lesión (daño temporal o permanente de una o varias áreas del cerebro), de estimulación (amígdala y sistema límbico) y de registro electrónico (electroencefalograma).</p> <p>✓ <i>Hormonas Sexuales:</i> la testosterona ha sido la hormona más estudiada, bajos niveles de serotonina.</p>	<p>✓ <i>Factores demográficos:</i> sexo, etnia, cultura, estatus socioeconómico, variables del crimen, nivel de educación, empleo, oportunidades, estado civil, edad, situaciones de violencia social, insatisfacción de necesidades básicas, desempleo y carencia de vivienda.</p> <p>✓ <i>Cultura Local:</i> creencias respecto a la violencia, actitudes de aceptación dependiendo de diversos factores, condiciones políticas del país.</p> <p>✓ <i>Teoría feminista:</i> sexismo.</p> <p>✓ <i>Oportunidad y control social:</i> lugar de ocurrencia del maltrato, procesos sociales que inducen a la conformidad, aislamiento social, ausencia de apoyo social.</p>	<p>✓ <i>Teoría de los factores de personalidad abusadora-abusada:</i> asociación de patrones de algunos tipos de personalidad y la conducta violenta y ciertos comportamientos criminales.</p> <p>✓ <i>Teoría conductual:</i> retoma los postulados del condicionamiento clásico y operante, la teoría del aprendizaje social, etc.</p> <p>✓ <i>Teoría cognoscitiva:</i> relaciona la forma como las personas adquieren, internalizan y organizan la información proveniente del medio con la perpetración de actos agresivos o violentos.</p> <p>✓ <i>Teoría sistémica:</i> el énfasis pasa de lo individual a las relaciones entre los participantes de la familia.</p>

NOTA. Elaboración personal basada en Pérez, 2002.

La misma autora, señala los siguientes factores de riesgo y agresiones entre parejas: víctimas y testigos de la violencia en la familia de origen, conflictos

maritales, acoso y acecho, identidad de género y poder, manejo de las emociones, consumo de sustancias psicoactivas y suicidio (p. 75).

Para Herrera (2003), la etiología de la violencia intrafamiliar en Colombia, está centrada en diversos tipos de causas a saber:

- ✓ ***Fisio-biológicas***: hambre y sexo
- ✓ ***Psicológicas***: celos, drogadicción, inmadurez psicológica o emocional
- ✓ ***Psicosociales***: defectuosa formación en lo moral, deficiente comunicación interpersonal, falta de comprensión y tolerancia en la familia.
- ✓ ***Socioculturales***: diferencias sociales y culturales, autoritarismo genérico, diferencias religiosas, tipo de vínculo marital.
- ✓ ***Socioeconómicas***: problemas laborales y cambios de roles inter genéricos, cambios estructurales de la familia: hacinamiento y disfunción familiar.
- ✓ ***Antropológicas***: condiciones étnicas y raciales
- ✓ ***Termo-psicológicas***: en los meses de más altas temperaturas y en las horas de intenso calor, especialmente en las ciudades de la costa, se aumenta el número de conflictos interpersonales (p. 47).

## **2.6 ¿Por qué somos violentos?**

Los estudios y las teorías parecen haber fracasado en su intento por explicar la tendencia a la violencia, específicamente la que se da entre la pareja, al respecto Torres (2001), anota que la neuropsicología atribuye el comportamiento violento al funcionamiento de ciertas áreas cerebrales o a secreciones como la adrenalina y la noradrenalina, a la producción de hormonas como la testosterona en el varón; con estas teorías se corre el riesgo de justificar la violencia al ignorar el papel de la cultura y alegar la inevitabilidad de algo derivado de la naturaleza. De igual manera, se puede llegar a atribuir causas biológicas a fenómenos propiamente sociales que inducen a defender e incluso exaltar expresiones como el nazismo, el sionismo, la discriminación racial, la segregación étnica y la subordinación basada en el sexo. Detrás del ejercicio de la violencia está la herencia cultural, determinada por el entorno y en particular por la definición de las relaciones sociales (P. 42).

El estudio de Saudino & Hines (2007), demostró que existen similitudes etiológicas entre agresión física y psicológica en las relaciones íntimas, su investigación se basó en una exploración de la genética comportamental a través del estudio con gemelos monozigóticos y dizigóticos; para los autores, las diferencias entre los dos tipos de agresión es función de diferentes influencias ambientales, más no de la etiología.

La necesidad de introducir una lógica diferente en el análisis de la violencia llevó a Perrone & Nannini (2005), a adoptar cuatro premisas básicas que hacen posible encarar el problema de manera dinámica y considerarlo desde una perspectiva de cambio:

**Primera.** La violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional, es el resultado de un proceso de comunicación particular entre dos o más personas.

**Segunda.** Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto responsables desde el punto de vista interaccional, no legal.

**Tercera.** En principio, debe darse por sentado que todo individuo adulto es el garante de su propia seguridad; si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, organizando y alimentando una interacción de carácter violento.

**Cuarta.** Cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones; no es de por sí violento, pero en determinado contexto o determinada interacción puede manifestar violencia (pp. 28-29).



## 2.7 Aspectos Históricos

El primer número monográfico sobre la violencia familiar aparece en la revista *Journal of Marriage and the Family*, en 1971, el mismo año en que se abrió la casa de acogida o refugio para mujeres maltratadas en Europa (Gracia, 2002). Erin Pizzey, fundadora de esta casa, publica en 1974 uno de los primeros libros sobre esposas maltratadas, por demás con un sugestivo título: *Grita en voz baja o los vecinos te oirán*. Esto ilustra de manera cruda la ceguera y sordera social en relación con el problema. A mediados de los setenta comienzan a incrementarse las investigaciones acerca del maltrato de las mujeres en el hogar y paralelamente se comenzó a considerar el fenómeno como un problema de salud pública, lo que llevó a que las comunidades académicas y científicas centraran su interés en él y se fueran generando políticas de manejo más acordes al problema, aunque muchas veces insuficientes (p. 21).

Según los datos aportados por Traverso (2000), en América Latina se inician los estudios sobre este fenómeno alrededor de los ochenta, bastante retrasados en relación con otros países del mundo como Estados Unidos, Europa y Canadá, lo anterior se debió principalmente a las condiciones de represión militar, retraso en el diseño y aprobación de la legislación pertinente (en Colombia por ejemplo la ley solo surge en 1996 por lo que hasta entonces no se tienen registros oficiales sobre el particular), dificultad en el registro de datos y acceso a ellos, factores culturales

según los cuales la violencia entre la pareja, en muchas regiones, se concibe como una forma normal de relación (p. 8).

## **2.8 Aspectos Legales**

Dada la forma como la problemática de la violencia de pareja se fue manifestando, los gobiernos se tuvieron que dar a la tarea de regular el fenómeno, esto es de legislarlo de tal manera que se convirtiera en política pública para así poder hacerle frente. En Colombia, los procesos legales en materia de violencia de pareja están enmarcados por los aspectos según los aportes de Herrera (2003, p. 139) y Cervantes, et al (2004, p. 241).

- ✓ Ley 294 de julio 16 1996, por la cual se desarrolla el artículo 42 de Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
- ✓ Ley 575 del 9 de febrero de 2000, por medio de la cual se reforma parcialmente la ley 294 de 1996. Esta ley alivió en parte la carga de responsabilidad que tenían los jueces de familia en cuanto a la violencia familiar.
- ✓ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981.

- ✓ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, aprobada por el Congreso de la República a través de la ley 248 del 19 de diciembre de 1995.
  
- ✓ Protocolo facultativo de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 12 de diciembre de 1999.

Respecto a estos elementos de tipo legal, en Colombia se han realizado algunos trabajos de investigación al interior de las instituciones de educación superior, particularmente en las Facultades de Derecho, las cuales han realizado a un análisis de las leyes emergidas del sistema y pretenden dar cabida a la atención y resolución del fenómeno de la violencia en la pareja y en la familia, de estos trabajos uno pertenece a Issa & Jaramillo (2002).

## **CAPÍTULO III**

### **PERSPECTIVA TEÓRICA E INVESTIGATIVA DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO**

La violencia en la pareja incluye variables o aspectos que pueden ser vistos como consecuencias o como factores intervinientes e interactuantes que a la hora de abordar el fenómeno se manifiestan y pueden ser, como lo muestran los estudios, objeto de particular atención. Estos aspectos por lo general están relacionados con variables psicológicas, las que de alguna manera han sido objeto de estudio: Depresión, Ansiedad, Estrés Postraumático, Inadaptación, Autoestima, Expresión de la ira. A continuación se hace una descripción de los principales aspectos que componen estas variables.

#### **3.1 Trastorno de Estrés Postraumático**

Según los criterios de la APA (1995), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el trastorno de estrés postraumático se define como:

La aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. El individuo es testigo de un

acontecimiento que representa amenaza para la vida de otras personas, o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A1).

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B), de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C), y de síntomas persistentes de activación (arousal) (Criterio D). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F) (pp. 434-436).

Muchos estudios se han dedicado a evaluar la relación entre la violencia en la pareja y el trastorno de estrés postraumático (Coker, Weston, Creson, Justice & Blakeney, 2005; Martin, taft & Resick, 2007; Arroyo, 2002; Echeburúa, Corral & Amor, 1998).

La investigación desarrollada por Pico-Alfonso, et al (2006), denominada “El impacto de la violencia física, psicológica y sexual por parte del compañero íntimo en la salud mental de mujeres: síntomas depresivos, estrés postraumático, ansiedad y suicidio”, concluyó que estas variables están íntimamente relacionadas entre sí y que aunque se le ha prestado más atención a la violencia física y sexual, la violencia psicológica es tan nociva como las otras.

### **3.2 Inadaptación**

Esta variable está referida a la alteración o dificultades que se pueden generar en la capacidad de adaptación a los diversos contextos de interacción del ser humano: trabajo o estudio, vida social, vida de pareja, vida de familia, tiempo libre y adaptación en general, de manera específica está referido a los problemas de adaptación como producto de la experiencia de maltrato por parte de la pareja. Para este efecto, Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo (2000), elaboraron una escala de evaluación que permitiera identificar las áreas de interacción más afectadas en este tipo de personas.

Teniendo en cuenta que la condición o experiencia de maltrato por parte de la pareja, genera dificultades en los procesos de interacción y en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, se optó por incluir dentro del presente estudio, una valoración de esta variable.

### **3.3 Ansiedad**

Para efectos de dar claridad a los conceptos o variables de este trabajo, se relacionan los criterios relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada porque de los muchos tipos que existen dentro de esta categoría es el que más se ajusta a los planteamientos frente a la ansiedad que puede ser experimentada en las personas víctimas de violencia por parte de la pareja. Estos criterios fueron tomados del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1995).

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (Criterio A). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) (Criterio C). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar

alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (Criterio D). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (Criterio E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F). La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones) (pp. 444-445).



### **3.4 Depresión**

Este tipo de problema mental está catalogado dentro de los trastornos del estado de ánimo, los que aparecen discriminados ampliamente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1995). Se consideró pertinente relacionar los criterios del trastorno distímico por sus características y por la forma como se describe el mismo, sirviendo de soporte a la definición del concepto de depresión como variable de análisis de la presente investigación. Esta definición responde a criterios específicos como:

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en

gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador. A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D). Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor). Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (p. ej., dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico (pp. 352-353).

Hay una alta comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y los síntomas depresivos, aspecto que corrobora Lipsky, Field, Caetano & Larkin (2005). Varios estudios han tratado estas variables por separado, especialmente la depresión y el suicidio (Koziol-McLain, et al, 2006; McFarlane, et al, 2005; Lipsky, Caetano, Field & Bazargan, 2005; Dorahy, et al, 2007; Calvete, Estevez & Corral, 2007).

### **3.5 Expresión de la Ira**

Remor, Amorós y Carrobles, (2006) en un estudio denominado “El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico”, citando a Spielberger, Jacobs , Rusell y Crane, 1983, plantean que en la conceptualización de la experiencia de ira se puede diferenciar entre el estado de ira y el rasgo de ira. El primero se define como el estado emocional o condición que incluye sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante o arousal del sistema nervioso autónomo; mientras que el segundo se refiere a la tendencia o propensión individual a reaccionar con estados de ira (p. 38).

Continúan los autores afirmando que un adecuado manejo de la ira podría considerarse también como un recurso psicológico, ya que existen estudios que señalan la ira como un factor importante en la predisposición a padecer diferentes trastornos de salud física (Diamond, 1982; Suls, Wan y Costa, 1995, citados por Remor, et al, 2006, p. 38). Algunas investigaciones informaron cómo los individuos que no expresan normalmente la emoción de ira pueden tener importantes aumentos de la actividad fisiológica, ésta activación mantenida en el tiempo puede producir no sólo trastornos psicofisiológicos, sino también desarreglos en el sistema inmune (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, Spielberger, 2000, citados por Remor, et al, 2006, p. 38). En este sentido, la inhibición y el control de las emociones fue asociado a gran número de problemas de salud (Ibáñez, 1991; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995, citados

por Remor, et al, 2006. p. 38). Los resultados de la investigación de Remor, et al (2006), apuntan a que:

El índice de experiencia de ira aparece como un factor de riesgo para la experiencia de malestar físico, pues altos índices se asocian a un aumento de los síntomas físicos de malestar. Por otra parte, para la predicción de la intensidad de síntomas físicos informados, sólo se mostró predictivo el optimismo disposicional (OD). Altas puntuaciones en OD están asociadas a una menor intensidad con la que se perciben los síntomas de malestar. Así, observamos que el OD es un factor protector para el malestar físico y que la experiencia de ira es un factor de riesgo para la frecuencia de síntomas, ya que contribuye a aumentar la percepción de éstos (p. 43).

Otras variables no han sido tan estudiadas o no se han tenido en cuenta como directamente vinculadas al fenómeno, éstas serán objeto de atención de la presente investigación y hacen alusión al componente biológico y psicofisiológico del ser humano. La evidencia apunta a que dichas variables se han medido de forma aislada y desde otras disciplinas como las ciencias de la salud o la medicina.

Se dijo anteriormente que los estudios han demostrado correlaciones significativas entre la violencia por parte del compañero(a) íntimo(a) y variables psicológicas, al respecto los resultados han evidenciado que en general las personas que viven en condiciones de violencia al interior de sus relaciones de pareja muestran un estado de salud deteriorado, manifiestan baja autoestima, temor permanente a la

agresión, depresión, alteraciones emocionales y debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento generalizado de sus problemas de salud. Otros síntomas frecuentes son los dolores corporales y de cabeza, problemas respiratorios y asma, fatiga, colon irritable, úlceras, ansiedad, síndrome de estrés postraumático e infecciones vaginales, especialmente cuando se trata de mujeres víctimas de violencia sexual. Se ha detectado además que las mujeres víctimas de violencia tienen una mayor tendencia al suicidio o al intento de suicidio. Igualmente, estas personas suelen utilizar con mayor frecuencia medicamentos, en especial ansiolíticos o tranquilizantes (Ellsberg et al, 1996; Larraín, 1994; Heise, 1994; Morrison & Orlando, 1999; citados por Traverso, 2000, p.15; Organización Panamericana de la Salud, 2003; Calvete, et al, 2007).

Es importante anotar que de la Inmunoglobulina M y la Respuesta Galvánica de la Piel, se hallaron pocos estudios, estas variables se encontraron relacionadas con otras variables: Respuesta Galvánica de la piel y Depresión, Respuesta Galvánica y Emoción y Respuesta Galvánica y Cerebro (Miguel, Fuentes, García-Menta & Rojo, 1999; Critchley, 2002), ninguno de estos estudios tuvo como objeto la relación de estas variables con violencia por parte de la pareja.

### **3.6 Revisión teórica de la variable biológica y psicofisiológica**

Para facilitar la comprensión de los aspectos a evaluar se hizo una revisión de los conceptos involucrados en el estudio, entre ellos la Inmunoglobulina A como

parte del sistema inmune y la Respuesta Galvánica de la piel, conocida como Galvanic Skin Response (GSR) o Actividad Electrodermal (EDA).

Antes de hablar directamente de la Inmunoglobulina M, es pertinente hacer una referencia directa a los aspectos generales relacionados con el sistema inmune, para ello se retoman fuentes teóricas e informativas. García (2002), expone que la supervivencia de los seres vivos, como individuos y como especie, depende de su capacidad de reproducirse, de encontrar en el medio los nutrientes apropiados y de escapar o defenderse de los depredadores. Cuando se trata de depredadores mayores, es necesario identificarlos por medio de la visión, el olfato o el oído para escapar de ellos o mimetizarse con el medio para evitar ser identificados por el depredador. Sin embargo, tratándose del reconocimiento de microorganismos o parásitos que tienen mayor capacidad de afectar significativamente una población, los mecanismos de reconocimiento se hacen molecularmente a través del sistema inmune (p. 24).

Para Iáñez (1999), el concepto de inmunidad se refiere al conjunto de mecanismos de defensa de los animales frente a agentes externos o extraños. Se adquiere al nacer, y va madurando y consolidándose durante los primeros años de vida.

Este autor define la inmunología como la ciencia biológica que estudia todos los mecanismos fisiológicos de defensa de la integridad biológica del organismo. Dichos mecanismos consisten esencialmente en la identificación de lo extraño y su

destrucción. La inmunología también estudia los factores inespecíficos que coadyuvan a los anteriores en sus efectos finales.

La respuesta inmune por lo tanto es la actuación integrada de un gran número de mecanismos heterogéneos de defensa contra sustancias y agentes extraños. En general, a las sustancias extrañas se las denomina como antígenos, y son ellos los que desencadenan en el organismo una serie de eventos celulares que provocan la producción de los mecanismos de defensa (Iáñez, 1999).

### **3.6.1 Respuesta Inmune Humoral Específica**

La rama humoral del sistema inmune específico está diseñada para eliminar a patógenos extracelulares y evitar la diseminación de los intracelulares aprovechando que estos últimos se transmiten de célula a célula a través de los fluidos extracelulares. Ello se consigue mediante la producción de grandes cantidades de anticuerpos específicos frente a cada agente foráneo.

En la respuesta humoral se pueden distinguir dos grandes fases: la de inducción de la producción de anticuerpos a través de la inducción de producción de inmunoglobulinas circulantes ante un antígeno, y la fase efectora, en la que dichos

anticuerpos, directamente, o más a menudo indirectamente, eliminan al patógeno (Iáñez, 1999).

### **3.6.2 Las Inmunoglobulinas**

El punto clave del sistema inmune adaptativo es su capacidad de reconocimiento específico de cualquier tipo de molécula o partícula extraña. Para ello, el sistema inmune cuenta con las inmunoglobulinas (Ig) y con los receptores de los linfocitos T (TCR), los cuales exhiben tres importantes propiedades: diversidad, heterogeneidad y procedencia a partir de reordenaciones de genes.

Las inmunoglobulinas funcionan como la parte específica del complejo de las células B, a nivel de membrana, que reconoce al antígeno y, como moléculas circulantes, es decir anticuerpos secretados por las células plasmáticas procedentes de activación, proliferación y diferenciación de células B. Estos anticuerpos se localizan en el suero, en los líquidos tisulares (intersticiales) y recubriendo ciertos epitelios internos. Estas Inmunoglobulinas circulantes son los efectores de la rama humoral del sistema inmune específico patógeno (Iáñez, 1999).

Las inmunoglobulinas (Igs) o anticuerpos constituyen el componente humoral de la respuesta inmune específica en todos los vertebrados. En el humano se reconocen cinco clases o isotipos de Igs denominados IgG, IgA, IgM, IgD e IgE,



diferenciables gracias a las propiedades estructurales y antigénicas particulares de sus cadenas pesadas. Debido a su gran heterogeneidad estructural y funcional (probablemente la más notable de todas las proteínas séricas) las Igs solamente pueden ser cuantificadas mediante técnicas inmunoquímicas. En todas estas técnicas, las Igs actúan como antígeno frente a sueros producidos en animales, específicos contra epitopos (determinantes antigénicos) característicos de cada clase de cadena pesada (Lomonte, Bonilla & Castro, 1985).

### **3.6.3 Inmunoglobulina M**

Las IgM representan el 10 % de los anticuerpos circulantes, tienen un peso molecular elevado de aproximadamente  $1 \times 10^6$  daltons, no tienen transferencia placentaria y poseen una alta especificidad, tanto para las endotoxinas bacterianas gramnegativas como para los virus, y además fijan el complemento (Ferrer, Vásquez, Fortún & Ferrándiz, 1998).

Entre las características de este tipo de inmunoglobulina se encuentran: suponen del 5 al 10% de las inmunoglobulinas séricas, cada monómero lleva un dominio constante adicional, es la primera inmunoglobulina que sintetiza el neonato por sí mismo y la primera en aparecer durante la respuesta primaria, tienen gran valencia y por último, están confinadas en el torrente circulatorio (Iáñez, 1999).

Respecto a la relación entre el sistema inmune y las condiciones de violencia en la pareja, vale la pena anotar el estudio de Scott-Tilley, Tilton & Sandel (2010),

denominado “Correlatos biológicos para el desarrollo del Trastorno de estrés postraumático de Mujeres Víctimas la violencia de pareja: consecuencias para la práctica”. El propósito de la investigación fue introducir una discusión de la literatura actual sobre el riesgo de estrés post-traumático en víctimas de la violencia del compañero íntimo.

Las conclusiones del estudio son que el Trastorno de Estrés Pos Traumático es un complejo y grave síndrome con síntomas emocionales, psiquiátricos y consecuencias físicas. Este trastorno se asocia con la función inmune alterada, la obesidad, aumento del riesgo de la diabetes, el aumento de gravedad de los síntomas del síndrome premenstrual, la depresión, el suicidio y una mayor probabilidad de volver a los abusos. Las mujeres víctimas de violencia por parte de la pareja desarrollan trastorno de estrés postraumático y las consecuencias relacionadas, a una tasa del 74-92%, en comparación con 13.6% en las mujeres no maltratadas.

En la presente investigación se realiza una revisión de la literatura sobre el particular citando aportes de diversos autores que han estudiado la relación entre el sistema inmune y las condiciones de violencia de pareja.

#### **3.6.4 Respuesta Galvánica de la Piel (GSR)**

La actividad electrodermal (AED), conocida también como Respuesta Galvánica de la Piel (GSR), se ha utilizado para medir ansiedad y se trata de una respuesta del sistema nervioso autónomo (Juárez, Castro & Scarpeta, 2005).

La respuesta galvánica de la piel (GSR), hace la medición de la actividad eléctrica de las glándulas que producen sudor en la palma de la mano y en la extremidad de los dedos, más sensibles a las emociones y a los pensamientos. La GSR tiene utilización en el aprendizaje del relax en general y para ayudar en la identificación de las situaciones que provocan stress y ansiedad.

La respuesta galvánica de la piel sirve para medir la función de las glándulas sudoríparas y se puede utilizar para captar la respuesta del sistema nervioso autónomo simpático a una amplia gama de estímulos externos (Mobascher, et al, 2009).

Respecto a este tópico se hallaron algunos estudios, los cuales se describen a continuación:

En el estudio denominado la influencia de la ansiedad sobre la respuesta electrodérmica de distractores (Naveteur, Buisine y Gruzelier, 2005), se encontró que la ansiedad estuvo asociada con actividad electrodérmica reducida probablemente debido a un proceso de adaptación y del manejo exitoso de distractores. Los participantes con alto y bajo rasgo de ansiedad debieron realizar una tarea de

búsqueda visual en un contexto de baja tensión. Contrariamente a las expectativas clásicas, se ha observado que la ansiedad se asocia con la actividad electrodérmica reducida tal vez como resultado de hacer frente con éxito a situaciones de tensión.

De acuerdo con esta interpretación, se espera que las personas de alto rasgo ansioso manifiesten una reducida respuesta a los distractores, ya que este es un resultado de adaptación. Las respuestas de conductancia de la piel fueron mayores durante la tarea que durante la fase de control, pero en el grupo de alta ansiedad, este aumento de la conductancia fue menor. Todos estos datos se interpretan como una ilustración de un recurso basado en la inhibición electrodérmica en participantes con alto rasgo ansioso. Se sostiene la idea de que la ansiedad leve a moderada puede aumentar el dominio de las situaciones.

Sloan & Sandt (2010), realizaron una investigación denominada “Estado de ánimo depresivo y respuesta emocional”, en el estudio se examinó la respuesta emocional en una muestra de 57 estudiantes universitarios en los que variaban los síntomas. En puntuaciones de depresión los participantes consideraron agradable, desagradable y neutral las emociones provocadas por unas imágenes. Las medidas de respuesta incluyeron la actividad autonómica, el informe subjetivo de la emoción, el reflejo de sobresalto con parpadeo y el reflejo postauricular. Los resultados indicaron que los síntomas de mayor depresión, fueron respondiendo con el reflejo postauricular, el de parpadeo y medidas del reflejo de sobresalto. Sin embargo, los síntomas mayores de la depresión no se asociaron con embotamiento o mayor índice de reactividad autonómica. En conjunto, estos resultados sugieren que la depresión

puede estar asociada con déficit de apetito y respuesta defensiva, que tiene importantes implicaciones para la respuesta emocional. Los resultados subrayan la importancia del uso de múltiples medidas al investigar respuesta emocional asociada con la depresión.

La investigación de McTeague et al (2010), denominada “Imágenes aversivas en el trastorno por estrés postraumático: la recurrencia de trauma, la comorbilidad y la reactividad fisiológicas”, tuvo como objetivo investigar una posible relación del trastorno de estrés postraumático, entre la recurrencia de un trauma pasado y la comorbilidad actual y la intensidad de las reacciones fisiológicas a las imágenes del trauma y otras situaciones aversivas.

Se trabajó con dos grupos, uno conformado por 49 personas, 22 de ellas expuestos a un solo trauma y 27 expuestos a múltiples traumas; el otro grupo estuvo conformado por 76 personas, 46 nunca expuestos a trauma y 30 expuestos a traumas.

Los participantes imaginaban eventos amenazantes y neutrales, mientras que se registraban las ondas acústicas de sobresalto y la respuesta de parpadeo. Los cambios en la frecuencia cardíaca, el nivel de conductancia de la piel y la expresividad facial también fueron registrados.

En general, los pacientes con trastorno de estrés postraumático superado mostraron mayor reactividad para la ira estándar, el pánico y el peligro físico según las imágenes. En cuanto a los subgrupos, los participantes de control con y sin

exposición al trauma mostraron patrones isomorfos. Dentro del trastorno de estrés postraumático, sólo los pacientes de un solo trauma evidenciaron sobresalto y respuestas autonómicas superiores a los grupos de control participantes y a los grupos con trastorno de estrés postraumático de múltiples traumatismos.

A pesar de una mayor excitación, el grupo con múltiple traumatismo en relación al grupo de trastorno de estrés postraumático de un solo trauma mostró reacción defensiva asociada con más estrés postraumático crónico y severo, mayor comorbilidad del trastorno de ansiedad y disforia de dimensiones más generalizada la depresión y la ansiedad.

La investigación denominada “Veinticuatro horas de conductancia de la piel en el trastorno de pánico”, realizada por Doberenz, Roth, Wollburg, Breuninger & Kim (2010), donde la actividad física, la temperatura ambiente y el estado de ánimo se registraron durante 24 horas. De los participantes, 22 mostraron trastorno de pánico y 29 fueron catalogados como controles sanos. Durante el día, los sujetos realizaron pruebas de relajación. La hipótesis era que tónicamente la ansiedad anticipatoria elevada en los pacientes con trastorno de pánico durante la vigilia y el sueño aparece con conductancia de la piel elevada.

La media de la conductancia fue mayor durante las dos vigilias habituales, las actividades y el sueño en las persona con desorden de pánico, pero no durante la relajación. Los análisis indicaron que en el grupo con desorden de pánico los medicamentos antidepresivos reducían la conductancia de la piel, mientras que el estado de ansiedad tenía el efecto contrario en el día. Los síntomas depresivos

reportados durante el día se relacionaron con niveles de conductancia medio elevados en la noche de la grabación. El ritmo y la magnitud de la conductancia de la piel se desactivaron en la noche en ambos grupos. Sin embargo, los pacientes con desorden de pánico tenían más frecuentes interrupciones de desactivación que podría haber surgido a partir de excitación condicionada en respuesta a las señales de amenaza durante el sueño.

Jandl, Steyer & Raschka (2010), realizaron un estudio denominado “Marcadores de riesgo de suicidio en el trastorno depresivo mayor: un estudio de la actividad electrodérmica y los potenciales de eventos relacionados”, en esta investigación se estudiaron dos actividades, la electrodérmica y la del potencial de eventos relacionados, junto con una evaluación de la expresión de la ira como posibles predictores de riesgo de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor.

Se trató de un estudio controlado de corte transversal. Los pacientes fueron divididos en tres grupos: uno conformado por pacientes con intentos graves de suicidio, otro con intentos menos graves y un último grupo sin intentos.

Tanto la actividad electrodermal como los potenciales de eventos son más elevados en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor con antecedentes de intento de suicidio y están más asociados con la ira. Estos datos son un punto de partida para el desarrollo de nuevas evaluaciones neurobiológicas de riesgo de suicidio para su práctica en la clínica.

### **3.7 Enfoque teórico del abordaje terapéutico en la violencia de pareja**

Algunos estudios han demostrado que cuando hay experiencia de violencia, en especial en las mujeres, prefieren ser evaluadas y atendidas por mujeres sin que haya otra persona presente (Trackeray, Stelzner, Downs & Miller, 2007)

Las perspectivas de abordaje del fenómeno de la violencia por parte de la pareja que se han sugerido y estudiado se han centrado en el abordaje individual (Bliss, Cook & Kaslow, 2006; Rothman, Hathaway, Stidsen & De Vries, 2007; Winstok, 2007, Frank, et al, 2006; Bosch, Ferrer, Alzadora & Navarro, 2005; Ku & Sánchez, 2006; Romero, 2004, Lafontaine & Lussier, 2005; LaTaillade, Epstein & Werlinich, 2006; Labrador & Alonso, 2006m Matud, 2004).

Frente a la intervención se puede tener en cuenta el aporte de algunos de los teóricos consultados, por ejemplo García (2002), hablando de las actitudes sociales ante la violencia expresa que un clima social de intolerancia ante la violencia familiar solo puede consolidarse si cualquier tipo de violencia se considera intolerable y reprobable, no solo la violencia extrema y brutal, pues la violencia considerada rutinaria y tolerada sirve de base o cimiento para la violencia extrema (p. 97).

No basta con abordar solo los aspectos psicológicos, se requiere de acciones sociales más amplias y cambios socioculturales fundamentales. La sociedad es responsable de transmitir el mensaje de que todo tipo de violencia



familiar es intolerable; es necesario aumentar la sensibilización social buscando reducir los niveles de tolerancia ante la violencia en la pareja y la familia (p. 98).

Para el autor, una mayor sensibilidad pública e institucional conduce a una mayor dotación de recursos como programas de intervención, servicios o centros de información y atención directa, formación de profesionales, promoción de líneas de investigación, creación de grupos profesionales especializados, grupos de apoyo, servicios especializados de atención, centros de acogida, ayudas económicas, etc. así como promoción de iniciativas y normativas legales y penales. Si es un problema de salud pública y de orden social, debe tratarse desde iguales dimensiones y perspectivas (p. 99).

La sociedad civil puede desempeñar un rol activo en la sensibilización y prevención de la violencia, a través de sus organizaciones: Organizaciones de mujeres, Organizaciones de hombres, Asociaciones profesionales, Organizaciones no gubernamentales, Sector privado, Medios de comunicación, Líderes religiosos y Organismos académicos de investigación (p. 114).

Sin embargo, el mismo autor señala que se requiere que los profesionales dispongan de un amplio y sólido cuerpo de conocimientos y habilidades, así como oportunidades de actualización periódica. La formación debe buscar objetivos como: conocimientos acerca de la violencia: definiciones, teorías, factores de riesgo, indicadores, evaluación, estrategias de intervención y prevención; mejoramiento de

las habilidades en el proceso de identificación, investigación y toma de decisiones; capacitación para responder con mayor sensibilidad, auto-confianza y conocimientos ante situaciones de malos tratos; capacidad de trabajo interdisciplinario e intersectorial. Estas premisas son importantes en tanto señalan la gran responsabilidad que como profesionales de la psicología se tiene si se pretende realizar estudios y manejos serios y profundos de las personas víctimas de la violencia de pareja (p.118).

## **PARTE II**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

---

## **CAPÍTULO V**

### **5.1 Objetivos**

#### **5.1.1 Objetivo General**

Evaluar los niveles de Inmunoglobulina M y Respuesta Galvánica de la Piel asociados a variables psicológicas como Estrés Postraumático, Inadaptación, Ansiedad, Autoestima, Depresión y Expresión de la Ira en víctimas de violencia por parte del compañero(a) íntimo(a) de Medellín Colombia.

#### **5.1.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Caracterizar al grupo objeto de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas.
- ✓ Evaluar los niveles de Inmunoglobulina M en suero, en un grupo de personas con y sin experiencia de violencia por parte de la pareja, de la ciudad de Medellín.
- ✓ Evaluar la Respuesta Galvánica de la Piel en los grupos objeto de estudio.

- ✓ Determinar el estado de variables psicológicas como Estrés Postraumático, Inadaptación, Ansiedad, Autoestima, Depresión y Expresión de la Ira, en los grupos objeto de estudio.
- ✓ Determinar el estado de las variables psicosociales de las personas objeto de estudio.
- ✓ Analizar la asociación entre la Inmunoglobulina M y la Respuesta Galvánica de la Piel y las variables psicológicas descritas.
- ✓ Evaluar la asociación de las variables psicológicas en la Inmunoglobulina M y la Respuesta Galvánica de la Piel.

## 5.2 Hipótesis

**H1.** Existe correlación entre la Inmunoglobulina M y la Respuesta Galvánica de la Piel con variables psicológicas en personas que han experimentado violencia por parte de la pareja.

**H1<sub>0</sub>.** No existe correlación entre la Inmunoglobulina M y la Respuesta Galvánica de la Piel con variables psicológicas en personas que han experimentado violencia por parte de la pareja.

El nivel de confianza de la investigación fue del 95%, lo cual indica que valores menores o iguales a 0,05 son considerados estadísticamente significativos.

### **5.3 Tipo de Estudio**

Se eligió para esta investigación un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo, correlacional explicativo.

Esta investigación se desarrolló a partir de diferentes momentos metodológicos:

Inicialmente se realizó la evaluación de los niveles de inmunoglobulina M en suero y la respuesta galvánica de la piel en un grupo de personas con y sin experiencia de violencia por parte de la pareja, de la ciudad de Medellín.

Posteriormente se hizo una descripción del estado de las variables psicológicas como estrés postraumático, inadaptación, ansiedad, autoestima, depresión y expresión de la ira, en los grupos objeto de estudio.

Se adoptó un diseño propio de una investigación aplicada ex post facto retrospectivo con un grupo cuasi-control (Montero & León, 2007, p. 337). Este tipo de diseño en el que se trabaja con dos grupos, permitió relacionar y medir la correlación existente entre las variables independientes (niveles de de inmunoglobulina M en suero y la respuesta galvánica de la piel), con las variables psicológicas (estrés postraumático, inadaptación, ansiedad, autoestima, depresión y expresión de la ira), en los grupos objeto de estudio.

#### **5.4 Población**

Corresponde a personas adultas con y sin experiencia de ser víctima o no de violencia por parte de la pareja, con un nivel mínimo de escolarización, independiente de su ocupación o profesión, estado civil y estrato socio económico, residentes en la ciudad de Medellín, Colombia

#### **5.5 Muestra**

Se hizo un muestreo no probabilístico, por disponibilidad de sujetos.

El tamaño de la muestra que se logró establecer fue de 100 personas:

El grupo cuasi control: 50 personas sin experiencia de violencia por parte de la pareja.

El grupo experimental: 50 personas con experiencia de violencia por parte de la pareja

#### **5.6 Criterios de Inclusión**

- ✓ Querer participar libremente en el estudio.
- ✓ No haber estado antes en tratamiento psicológico debido a la condición de maltrato.
- ✓ Tener más de 18 años de edad.
- ✓ Mantener una relación de pareja relativamente estable.

- ✓ Saber leer y escribir.
- ✓ No estar en el momento de la toma de sangre, de la evaluación de la respuesta galvánica de la piel y de la aplicación de las pruebas bajo los efectos de licor o de sustancias psicoactivas.
- ✓ Firmar el consentimiento informado.

## 5.7 Variables

- ✓ **Variable Biológica.** Niveles de Inmunoglobulina M (IgM) en suero.
- ✓ **Variable psicofisiológica.** Respuesta Galvánica de la Piel, GSR.
- ✓ **Variables Psicológicas.** Estrés Postraumático, Inadaptación, Ansiedad, Autoestima, Depresión, Expresión de la Ira.

### ***Otras Variables del estudio.***

- ✓ **Variables Sociodemográficas.** Edad, Sexo, Escolaridad, Estado Civil, Tiempo de Relación, No. de Hijos, Profesión, Ocupación, Salario, entre otras.



✓ ***Variables Psicosociales.*** Aspectos relacionados con la vida de pareja, historia del maltrato, antecedentes familiares de maltrato, aspectos médico-psicológicos, aspectos legales.

Tabla 2. Operacionalización de las variables del estudio.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR O VALOR	ESCALA
Grupo	Criterio	Condición de ser víctima o no de violencia por parte de la pareja.	1 = Violencia de pareja 2 = No violencia de pareja	Nominal
Sexo	Socio Demográfica	Condición de ser varón o mujer dentro de la muestra	1 = Varón 2 = Mujer	Nominal
Estado Civil	Socio Demográfica	Tipo de unión marital que se tiene con la pareja	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Divorciado 4 = Separado 5 = Unión libre	Nominal
Edad	Socio Demográfica	Años cumplidos	Número de años	Escala
Tiempo de relación	Socio Demográfica	Años de la relación	Número de años	Escala
Escolaridad	Socio Demográfica	Años de escolaridad	Número de años	Escala
Hijos	Socio Demográfica	Hijos	Número de hijos	Escala
Profesión	Socio Demográfica	Condición de ser profesional o no.	1 = No 2 = Si	Nominal
Ocupación	Socio Demográfica	A qué se dedica cada persona.	0 = Desempleado 1 = Ama de casa 2 = Empleado 3 = Estudiante	Nominal
Salario	Socio Demográfica	Condición de percibir o no un salario y a cuánto asciende en promedio.	0 = No recibe salario 1 = Menor a 1 SMLV 2 = Entre 1 y 2 SMLV 3 = Entre 3 y 4 SMLV 4 = Mayor a 5 SMLV	Ordinal
Inmunoglobulina M, IgM	Criterio	Parte del sistema inmune adaptativo encargado del reconocimiento de cualquier tipo de molécula o partícula extraña.	Puntajes obtenidos	Escala
Respuesta galvánica de la piel, GSR	Criterio	Actividad eléctrica de las glándulas que producen sudor en la palma de la mano y en la extremidad de los dedos.	Puntajes obtenidos	Escala
Estrés Postraumático	Análisis	Aparición de síntomas como resultado de la exposición a un evento estresante y traumático donde la persona siente un peligro para su vida o su integridad física.	Puntajes obtenidos	Escala

		Involucra aspectos como re - experimentación, evitación, activación autonómica y manifestaciones de ansiedad		
Inadaptación	Análisis	Grado en que el maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana como trabajo o estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar, aspectos generales.	Puntajes obtenidos	Escala
Ansiedad	Análisis	Estado de alerta, desasosiego o tensión. Involucra respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras ante diversas situaciones.	Puntajes obtenidos	Escala
Autoestima	Análisis	Sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.	Puntajes obtenidos	Escala
Depresión.	Análisis	Sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración que interfieren con la vida de la persona.	Puntajes obtenidos	Escala
Estado de Ira	Análisis	Intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que la persona siente que está expresando su ira en un momento dado.	Puntajes obtenidos	Escala
Rasgo de Ira	Análisis	Frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo.	Puntajes obtenidos	Escala
Expresión Externa de ira	Análisis	Frecuencia con que la ira es expresada verbalmente o mediante agresiones físicas	Puntajes obtenidos	Escala
Expresión Interna de ira	Análisis	Frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados.	Puntajes obtenidos	Escala
Control Externo de ira	Análisis	Frecuencia con que la personas controla la expresión de la ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.	Puntajes obtenidos	Escala

Control Interno de ira	Análisis	Frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.	Puntajes obtenidos	Escala
------------------------	----------	--	--------------------	--------

---

NOTA. Elaboración personal (Ocampo, 2011).

## 5.8 Instrumentos

La variable biológica, IgM, fue evaluada en sangre (suero) en un laboratorio clínico especializado y bajo condiciones apropiadas, ésta fue valorada a partir de la técnica de Inmunoturbidimetría o técnica de inmunoprecipitación que utiliza la dispersión de la radiación para la medida de la velocidad de formación de inmunocomplejos in vitro (Libby, 1938 & Savory, 1970, citados por Fuentes, Castiñeiras & Queraltó, 1998).

La variable psicofisiológica de respuesta galvánica de la piel se evaluó a través del Software Sistema de Adquisición de datos Fisiológicos, DataLab 2000 (Lafayette Instruments co). Es un sistema de alta precisión en toma de datos fisiológicos de uso en aplicaciones investigativas tanto bio-médicas como de áreas afines como la psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, entre otras. Su uso y difusión entre las universidades colombianas lo hace una herramienta particularmente útil cuando se buscan procesos de investigación conjunta, replicación o contrastación en el plano científico.

Las variables psicológicas fueron evaluadas a través de diversos instrumentos a saber:

*Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, EGS* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997). La escala evalúa los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios del DSM-IV (APA, 2000); está estructurada en formato tipo Likert con opciones de respuesta de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 17 ítems, de los cuales 5 hacen referencia a síntomas de reexperimentación, con un rango de puntuación entre 0 y 15; 7 se refieren a síntomas de evitación, con un rango de puntuación entre 0 y 21; los otros 5 ítems se refieren a síntomas de hiperactivación, su rango de puntuación va de 0 a 15. En la subescala global el rango de puntuaciones va de 0 a 51 (Anexo C).

Para cumplir los requisitos del DSM-IV para el trastorno por estrés postraumático (APA, 2000), se requiere una puntuación global mínima de 12, con una distribución de 2 puntos en la escala de reexperimentación (se requiere un síntoma), de 6 puntos en la evitación (se requieren tres síntomas) y de 4 en la activación se (necesitan dos síntomas).

Esta prueba consta también de una subescala complementaria que evalúa manifestaciones somáticas de la ansiedad, compuesta por 13 ítems en formato tipo Likert, con las mismas opciones de respuesta y un rango de puntuación que va de 0 a 39. La prueba ha mostrado estabilidad temporal y consistencia interna satisfactoria, validez discriminante, convergente y de constructo adecuadas. Se vio que la escala es sensible al cambio terapéutico y es un instrumento útil que puede ayudar en la planificación del tratamiento y la investigación clínica.

***Escala de Inadaptación*** (Echeburúa, et al, 2000). Se trata de un autoinforme tipo Likert que consta de 6 ítems, con un rango de puntuación que va de 0 a 30 puntos, la escala evalúa el grado en que el maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar junto con una valoración global. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems (Anexo D).

Se trata de una escala directa, o sea, a mayor puntuación mayor nivel de inadaptación. La escala ha sido validada en población española, con una muestra clínica de pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos y con una muestra normativa de sujetos. El índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, es de 0,94.

***Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA*** (Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986). Está formado por tres subescalas referidas a los sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y una escala total que proporciona una

medida del rasgo general de ansiedad. Se trata de una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que se valoran entre 0 y 4 (Anexo E).

En cuanto a la fiabilidad y validez, se ha calculado la consistencia interna (Cano Vindel & Miguel Tobal, 1999), mediante el coeficiente "alfa", los resultados muestran una alta consistencia interna para el total del ISRA y cada una de sus partes, oscilando entre 0,95 y 0,99 y siendo los valores para cada una de ellas: cognitivo=0,96, fisiológico=0,98; motor=0,95 y total=0,99. En cuanto a la validez discriminante la prueba ha mostrado una alta capacidad de discriminación entre grupos con distintos niveles de ansiedad

***Escala de Autoestima*** (Rosenberg, 1965). La escala fue creada por el autor en 1965, pero aparece una versión revisada en 1989, con autorización por parte de la familia del autor para su uso libre, especialmente en educación e investigaciones. La prueba tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems generales que puntúan de 0 a 3 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima del sujeto (Anexo F).

La muestra original para la cual se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió de 5,024 estudiantes de secundaria y adultos mayores de 10 escuelas seleccionadas al azar en el Estado de Nueva York y se anotó como una escala Guttman. La escala general tiene una alta fiabilidad: retest correlaciones de la prueba están típicamente en el rango de .82 a .88, y el alfa de Cronbach para diversas muestras están en el rango de .77 a .88.

***Inventario de Depresión de Beck, BDI, versión revisada*** (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Este cuestionario, diseñado para evaluar la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos de la depresión, consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión); las puntuaciones del test van de 0 a 63. El sujeto debe indicar la opción que más se ajusta a su estado de ánimo y mejor describe la manera como se ha sentido en la última semana incluido el día actual con respecto a cada afirmación. En caso de seleccionar dos alternativas dentro de un mismo grupo de afirmaciones, se elige para puntuar el test, la de valor más alto (Anexo G).

El BDI es un instrumento de amplio uso tanto clínico como de investigación y ha demostrado a lo largo de los diferentes estudios de validación, adecuadas propiedades psicométricas. En la validación española de la prueba (Sanz & Vázquez, 1998; Vázquez & Sanz, 1997; 1999), realizada con población sana y clínica, se muestran altos niveles de consistencia interna, 0,83 y 0,90, respectivamente. Los valores del test-retest oscilan entre 0,62 y 0,72 y los índices de validez convergente se encuentran 0,68 y 0,89, en cuanto a la validez divergente, en el estudio de Sanz y Vázquez (1998), se encontraron bajas correlaciones, entre 0,11 y 0,45 con distintos rasgos de ansiedad.

***Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2*** (Spielberger, 1996). El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), en su versión española,



llevada a cabo por Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel & Spielberger (2001), consta de 49 ítems, que evalúan diferentes aspectos de la ira. Tiene seis escalas: Estado de Ira, Rasgo de Ira, Expresión Externa de Ira, Expresión Interna de Ira, Control Externo de Ira, Control Interno de Ira; cinco subescalas, tres para la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento, Expresión verbal y Expresión física; y dos subescalas para la escala de rasgo: Temperamento de Ira y Reacción de Ira. Por último calcula un Índice de Expresión de Ira como medida total de la expresión de la ira. Las instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios difieren en función de la Escala que evalúan, el sujeto debe seleccionar la alternativa de respuesta que mejor se ajuste a la manera en cada cuestión presentada describa su comportamiento, para ello debe marcar con un círculo la letra correspondiente a su elección. Para efectos de la puntuación de la prueba las escalas se convierten en escalas de intervalo y se siguen los criterios de puntuación indicados en el manual para cada subescala y cada escala total (Anexo H).

Los datos acerca de la validez de la prueba en su adaptación española indican que es una prueba fiable, con una correlación test-retest de 0,71 en la escala de Rasgo de Ira, en las escalas de Expresión son de 0,59 y 0,61. Por su parte, con respecto a la escala de Estado, se indica una correlación baja (0,20) que los autores explican por la temporalidad y carácter cambiante del estado emocional. La consistencia interna de las escalas y subescalas medidas a través del alfa de Crombach oscilan entre 0,67 y 0,89.

En cuanto a la validez convergente de la prueba, se encuentran datos que soportan su validez, indicando correlaciones significativas con medidas de hostilidad, reflejando solapamiento en los constructos de ira y hostilidad. También se utilizaron medidas de personalidad para evaluar la validez convergente indicando correlaciones significativas. En cuanto a la validez divergente se muestran datos que corroboran la capacidad de la prueba para diferenciar la ira de otros constructos.

Las variables sociodemográficas y psicosociales fueron evaluadas a través del formato de Entrevista Semiestructurada de Echeburúa, et al (1996, Formato adaptado).

## **5.9 Plan de recolección de la información**

Inicialmente se contactó a las personas del estudio y luego de explicarles en detalle el objetivo y procedimiento de la investigación, de obtener su consentimiento y disposición para participar en la misma, se les realizó una entrevista semiestructurada a partir de la cual se tuvieron en cuenta criterios de inclusión/exclusión en el estudio (querer participar libremente, no haber estado antes en tratamiento psicológico debido a la condición de maltrato, tener más de 18 años de edad, mantener una relación de pareja relativamente estable, saber leer y escribir, etc.).

Una vez obtenido el consentimiento y realizada la entrevista inicial se emitía la orden para el examen de sangre, el cual era realizado en un laboratorio clínico especializado y bajo condiciones apropiadas, posteriormente se citaba a las personas

para la evaluación de la respuesta galvánica de la piel y la aplicación de los cuestionarios de tipo psicológico, esta parte era realizada en el laboratorio de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.

El tiempo efectivo de duración de la evaluación fue aproximadamente de una hora, sin contar el tiempo de desplazamiento entre los lugares de la evaluación, en total la evaluación podía durar entre 1 y 2 horas.

#### **5.10 Plan de Procesamiento y Análisis Estadístico**

Se llevó a cabo una revisión de la base de datos de la investigación para garantizar la calidad del dato, es decir, los valores perdidos y la inexistencia de la información. El análisis estadístico pertinente al proyecto se realizó en el SPSS versión 18.

En un primer momento se realizó una distribución de frecuencias de acuerdo a las variables sociodemográficas con el fin de caracterizar la población estudiada, indicando promedios en las variables cuantitativas, porcentajes y frecuencias en las variables cualitativas.

En un segundo momento, se llevó a cabo el análisis bivariado, para evaluar el comportamiento de las variables consideradas como independientes con relación a las variables dependientes.

En un tercer momento se utilizaron las variables Inmunoglobulina M y Respuesta Galvánica de la Piel para realizar el análisis multivariado a través de la aplicación de un modelo de Regresión Lineal para las variables psicológicas, para determinar la importancia y el peso de cada uno de los factores evaluados, ingresando todas las variables para definir cuál es relevante y cual no lo es, para estructurar el modelo matemático que defina la asociación entre las variables.

### **5.11 Consideraciones Éticas**

El estudio sobre inmunoglobulina M y respuesta galvánica de la piel asociadas a variables psicológicas en víctimas de violencia por parte del compañero(a) íntimo(a): un abordaje integral, está basado en los principios éticos fundamentales de beneficencia, justicia y dignidad humana.

Los investigadores no utilizarán los datos encontrados en el estudio en contra de las personas participantes, se garantizará el anonimato y no revelarán la información a terceros, ni los nombres serán divulgados a través de ningún medio, se asume la normatividad contemplada en el código ético del psicólogo, ley 1090 de 2006, en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología.

La presente investigación se considera con riesgo mínimo por tratarse de un estudio consistente en la aplicación de pruebas de tipo psicológico, biológico y psico-fisiológico a grupos o individuos en los que no se manipula la conducta. Los artículos 14, 15 y 16, exigen que el consentimiento informado, debe ser autorizado

de forma escrita y voluntaria por cada participante de la investigación, y tiene información veraz sobre los objetivos, los procedimientos, beneficios y riesgos.

Por otra parte, los investigadores acataron la resolución número 008430 del 4 de octubre 1993, expedida por el Ministerio de Salud, relacionada con riesgos mínimos para la salud, que dice:

Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíduos y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud.

La muestra de sangre se obtuvo de manera adecuada y según el protocolo establecido para este procedimiento, por personal entrenado y calificado para tal fin, (Ver Anexo I), salvaguardando la integridad física de los participantes en el estudio y evitando el riesgo de infecciones, además de asumir el compromiso de no emplear

la muestra de sangre para aplicar alguna prueba diferente a la anteriormente descrita. El valor de la prueba fue asumido por los investigadores.

Los principios éticos de beneficencia y no maleficencia y el de autonomía, protegen a los individuos en la toma de decisiones racionales y libres, así como la decisión autónoma y sobretodo informada (con conocimiento suficiente de los beneficios y los riesgos), de su participación en esta investigación, fueron considerados por los investigadores y respetados durante el proceso investigativo.

En algún aparte de la valoración se indagó sobre componentes de la esfera mental de las personas en lo relacionado con la presencia de variables psicológicas. Se indica que los investigadores disponían de conocimientos suficientes y experiencia en este tipo de evaluación, y que los participantes no tuvieron riesgo de daños psicológicos que pudieran ser causados por investigaciones síquicas que pudieran activar fenómenos como: insomnio, deterioro de la autoestima, sentimientos de culpa, confusión, miedos o fobias. Es de aclarar que los participantes tuvieron la libertad de negarse a contestar las preguntas no deseadas (consentimiento informado, Anexo A).

La intimidad y dignidad son derechos de los participantes, por eso la investigación obtiene y analiza la información de manera anónima, es decir, sin identificación individual o de las sociedades a las que pertenecen estos sujetos, para así generar mayor confidencialidad y por ende confiabilidad a la hora de ofrecer la información, y se garantiza que la entrega de resultados se realizará por medio de un

resumen para no señalar particularidades. El estudio no compromete alteraciones en la cotidianidad de los participantes ni su entorno, no genera cambios a nivel familiar, social ni emocional en ellos y no condiciona la relación consigo mismo, la sociedad ni el ambiente.

### **PARTE III**

## **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

---



## CAPÍTULO V

En esta parte del trabajo se realiza una presentación detallada de los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos. Como primera medida, en la Tabla 3, se pueden observar las variables sociodemográficas y su comportamiento dentro del presente estudio.

### 5.1 Análisis Preliminar de los Datos

*Tabla 3.* Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio para el grupo cuasi control y el grupo experimental.

		Grupo				Grupo			
		Sin Maltrato				Con Maltrato			
		N	%	x	D.E.	N	%	x	D. E.
Sexo	Varón	7	7,0%			7	7,0%		
	Mujer	43	43,0%			43	43,0%		
	Total	50	50,0%			50	50,0%		
Estado Civil	Soltero(a)	29	29,0%			16	16,0%		
	Casado(a)	15	15,0%			14	14,0%		
	Divorciado(a)	1	1,0%			5	5,0%		
	Separado(a)	1	1,0%			9	9,0%		
	Unión Libre	4	4,0%			6	6,0%		
	Total	50	50,0%			50	50,0%		
Profesión	No Profesional	26	26,0%			35	35,0%		

Ocupación	Profesional	24	24,0%	15	15,0%
	Total	50	50,0%	50	50,0%
	Desempleado(a)	0	,0%	5	5,0%
	Ama de casa	2	2,0%	17	17,0%
	Empleado(a)	31	31,0%	26	26,0%
Salario	Estudiante	17	17,0%	2	2,0%
	Total	50	50,0%	50	50,0%
	Sin salario	17	17,0%	29	29,0%
	Menos de un SMLV	4	4,0%	4	4,0%
	Entre 1 y 2 SMLV	13	13,0%	13	13,0%
	Entre 3 y 4 SMLV	10	10,0%	2	2,0%
	Mayor a 5 SMLV	6	6,0%	2	2,0%
	Total	50	50,0%	50	50,0%
Edad		32	11	37	10
Tiempo de relación		6	7	12	9
Escolaridad		15	3	11	5
Número de hijos		0	1	2	1

En la Tabla 3 se puede observar que la muestra estuvo conformada por 100 personas adultas jóvenes, de las cuales un 86,6% fueron mujeres, 43,3% para cada grupo y, un 13,4% hombres. Para el grupo experimental la edad promedio fue de 37 años, con una desviación estándar de 10 años; las edades estuvieron entre 19 y 60 años. El 15% de la muestra fueron profesionales; el tiempo promedio de relación es 12 años para este grupo, con una desviación estándar de 9 años.

Para el grupo cuasi control la edad promedio fue de 32 años, las edades estuvieron entre 19 y 55 años, con una desviación de 11 años. En este grupo el 24% fueron profesionales; el tiempo promedio de relación es de 6 años, con una desviación estándar de 7 años.

Respecto a la ocupación, prevalecen las amas de casa en el grupo experimental (17%), los empleados en ambos grupos (31% y 26% para grupo cuasi control y grupo experimental) y, los estudiantes en el grupo cuasi control (17%).

Del grupo experimental se observó un 14% entre separados y divorciados, en relación con un 2% del grupo cuasi control; el 39% de las personas de la muestra están casadas (19% y 20% para el grupo cuasi control y el grupo experimental respectivamente).

En términos generales es posible decir que el grupo cuasi control percibe un mayor nivel salarial que el grupo experimental, del cual un 29% se encontraba desempleado en el momento de ser evaluado.

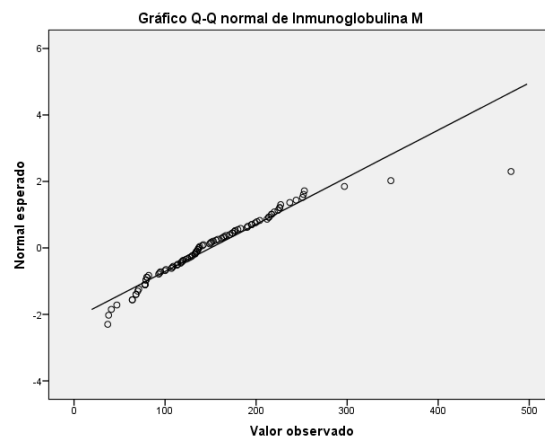
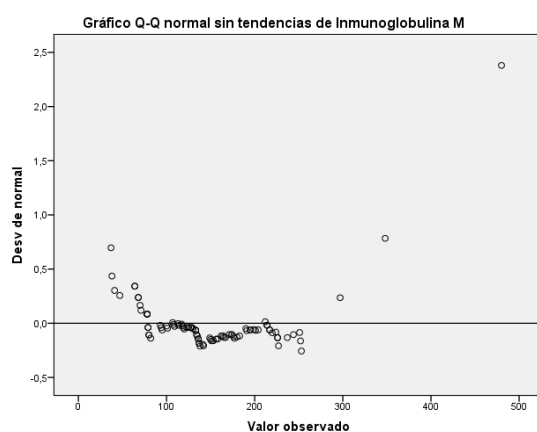
## 5.2 Comprobación de la Distribución de las Puntuaciones

*Tabla 4.* Pruebas de Normalidad de la población para el grupo cuasi control y el grupo experimental.

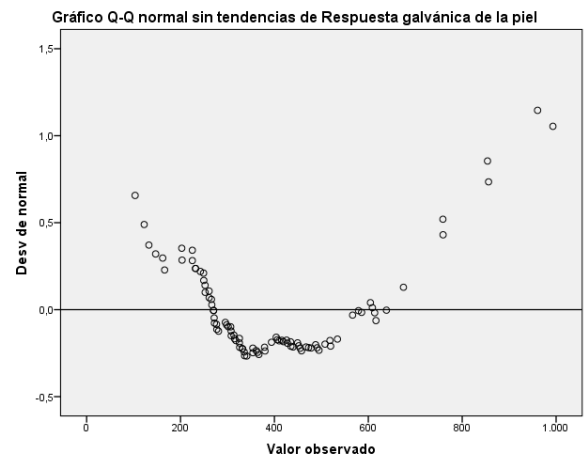
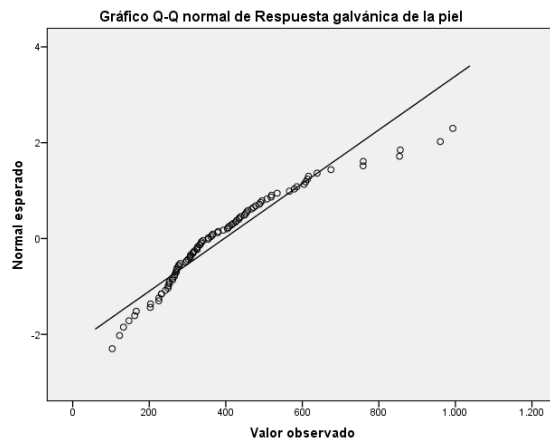
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Inmunoglobulina M	,089	92	,067	,918	92	,000
Respuesta galvánica de la piel	,110	92	,008	,916	92	,000
Total Escala Estrés	,225	92	,000	,819	92	,000
Total Manifestaciones Ansiedad	,210	92	,000	,801	92	,000

Teniendo en cuenta la prueba de normalidad, se puede establecer un análisis no paramétrico, ya que la distribución tiende a un comportamiento con una distribución no normal. Ver tabla 4 y gráficos 1 al 4.

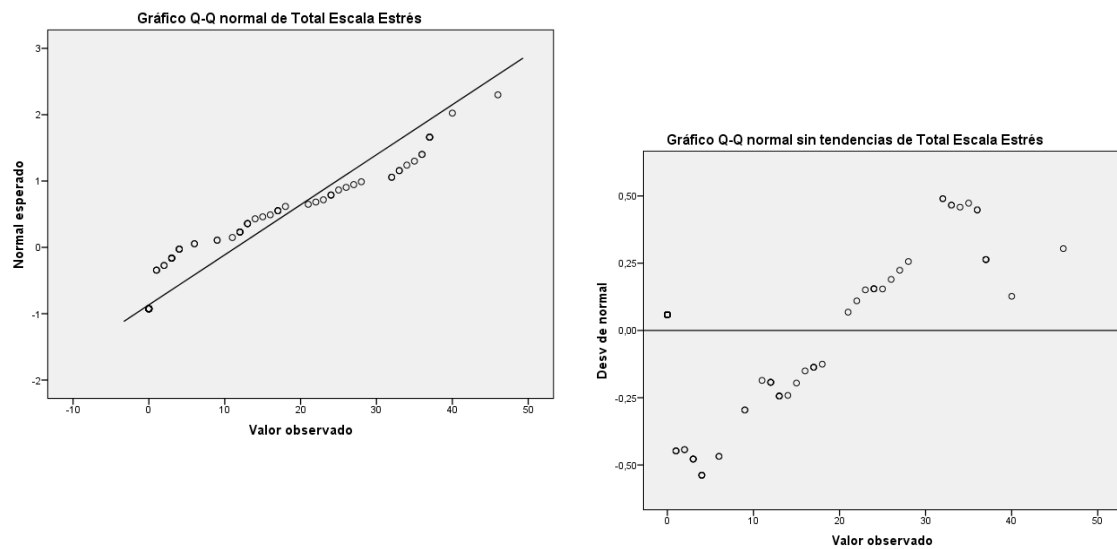
*Gráfico 1.* Gráfico de normalidad para la variable Inmunoglobulina M de la población para el grupo cuasi control y el grupo experimental.



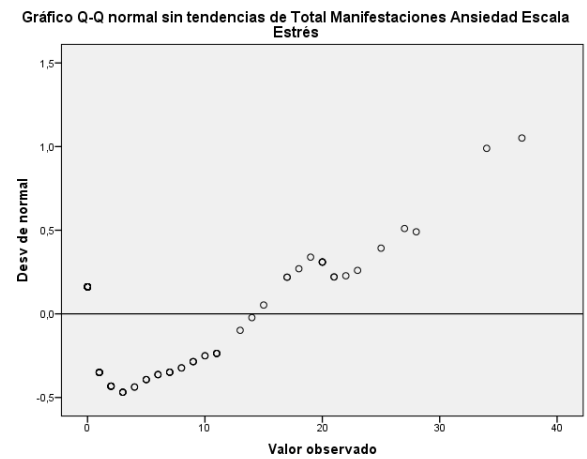
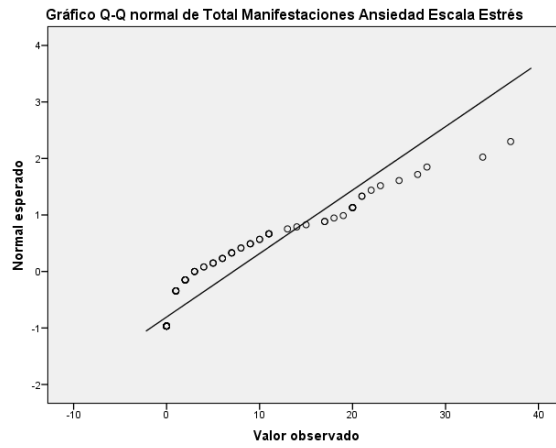
*Gráfico 2.* Gráfico de normalidad para la variable Respuesta galvánica de piel de la población para el grupo cuasi control y el grupo experimental.



*Gráfico 3.* Gráfico de normalidad para la variable total Escala de Estrés de la población para el grupo cuasi control y el grupo experimental.



*Gráfico 4.* Gráfico de normalidad para la variable manifestaciones de ansiedad Escala de Estrés de la población para el grupo cuasi control y el grupo experimental.



### 5.3 Relación entre las variables del estudio

*Tabla 5.* Correlaciones no paramétricas en la población para el grupo cuasi control y el grupo experimental.

Rho de Spearman	Total Re-experimentación	Total Evitación	Total Activación Autónoma	Total Escala Estrés	Total Manifestaciones Ansiedad	Trabajo/Estudio	Vida Social	Tiempo Libre	Relación de Pareja
Total Re-experimentación	1,000	<i>,904</i>	<i>,832</i>	<i>,922</i>	<i>,741</i>	<i>,710</i>	<i>,698</i>	<i>,703</i>	<i>,741</i>
Total Evitación		1,000	<i>,862</i>	<i>,959</i>	<i>,798</i>	<i>,739</i>	<i>,770</i>	<i>,753</i>	<i>,787</i>
Total Activación Autónoma			1,000	<i>,950</i>	<i>,825</i>	<i>,761</i>	<i>,778</i>	<i>,766</i>	<i>,728</i>
Total Escala Estrés				1,000	<i>,828</i>	<i>,768*</i>	<i>,784*</i>	<i>,760*</i>	<i>,781*</i>
Total Manifestaciones Ansiedad					1,000	<i>,688</i>	<i>,734</i>	<i>,681</i>	<i>,642</i>
Trabajo/Estudio						1,000	<i>,824</i>	<i>,739</i>	<i>,788</i>
Vida Social							1,000	<i>,846</i>	<i>,824</i>
Tiempo Libre								1,000	<i>,749</i>
Relación de Pareja									1,000

Se encuentran relaciones estrechamente estadísticas en cuanto a las variables de Adaptación y las variables de Estrés, siendo estas relaciones directamente proporcionales, mientras se aumenta una unidad en variables de estrés, se aumenta una unidad en las variables de adaptación o si disminuyen, ambas disminuyen (Ver Tabla 5).



**Tabla 5.** Correlaciones no paramétricas en la población para el grupo cuasi control y el grupo experimental (continuación).

Rho de Spearman	Vida Familiar	Escala Global	Total Cognitivo	Total Fisiológico	Total Motor	Total Ansiedad	Total Autoestima	Total Depresión	Índice Expresión Ira	IgM	GSR
Total Re-experimentación	,655	,687	,607	,581	,561	,643	-,422	,660	-,178	,127	,135
Total Evitación	,702	,761	,642	,581	,552	,656	-,461	,691	-,088	,168	,174
Total Activación Autonómica	,703	,754	,673	,598	,577	,686	-,478	,697	-,118	,151	,166
Total Escala Estrés	,717*	,766*	,659	,595	,582	,679	-,472	,711	-,120	,163	,186
Total Manifestaciones Ansiedad	,682	,687	,668	,702	,547	,720	-,464	,702	-,112	,132	,142
Trabajo/Estudio	,835	,892	,640	,532	,537	,628	-,457	,686	-,200	,147	,053
Vida Social	,838	,862	,613	,557	,498	,626	-,493	,654	-,070	,242	,112
Tiempo Libre	,750	,774	,587	,526	,453	,591	-,419	,633	-,110	,190	,001
Relación de Pareja	,755	,854	,619	,530	,508	,624	-,444	,665	-,083	,218	,172
Vida Familiar	1,000	,886	,549	,476	,405	,539	-,407	,606	-,103	,163	,109
Escala Global		1,000	,616	,529	,499	,610	-,437	,677	-,091	,165	,105
Total Cognitivo			1,000	,769	,756	,933	-,676	,786	-,177	,152	,101
Total Fisiológico				1,000	,731	,922	-,514	,726	-,204	,167	,086
Total Motor					1,000	,873	-,540	,710	-,140	,037	,024
Total Ansiedad						1,000	-,640	,818	-,184	,149	,076
Total Autoestima							1,000	-,643	,271	-,100	,021
Total Depresión								1,000	-,192	,123	,068
Índice Expresión de la Ira									1,000	-,160	-,047
IgM										1,000	,170
GSR											1,000

Se encuentran relaciones estrechamente estadísticas en cuanto a las variables de Ansiedad y las variables de Estrés siendo estas relaciones directamente

proporcionales, mientras se aumenta una unidad en variables de estrés, se aumenta una unidad en las variables de adaptación o si disminuyen, ambas disminuyen.

Se establecen relaciones menores entre la respuesta Galvánica de la piel y las demás variables, aunque son relaciones débiles, existe relación entre ellas; la relación entre esta y la variable de Índice Expresión de la Ira, se encuentra en relación inversamente proporcional, indicando la disminución de una y el aumento de la otra. Las correlaciones con esta variable están entre 0,001 y 0,19.

Igualmente, se presenta este comportamiento para la variable de Inmunoglobulina M, donde las relaciones son débiles y están entre 0,037 y 0,24

En el grupo estudiado se observó que para la escala de estrés postraumático, los puntajes mayores se obtuvieron en las subescalas de Evitación e Hiperactivación, así como en la escala total.

Las áreas de interacción más afectadas, según la prueba de Inadaptación, son las de la relación de pareja, seguida por la vida familiar. En el total de la Escala de Inadaptación también se observaron puntajes elevados y significativos que indican la presencia de esta característica lo cual tiene lógica tratándose del fenómeno que está en estudio. Al respecto, las correlaciones más significativas se dan entre la escala de estrés y la subescala de inadaptación a la vida social y de pareja (.78), entre la escala

de estrés y las subescalas de inadaptación global, tiempo libre y trabajo/estudio (.76). Por último se establece la correlación entre estrés y vida familiar con .71.

Las siguientes correlaciones significativas observadas se dan entre la escala de estrés y el total de la escala de ansiedad (.68), la subescala donde se observa una correlación mayor es entre estrés y el total cognitivo de la escala de ansiedad. Entre estrés y depresión, también se estableció una correlación significativa de .71.

#### 5.4 Comparación de las variables de análisis en ambos grupos

*Tabla 6.* Estadísticas de las variables de análisis de la población en estudio para el grupo cuasi control y el grupo experimental.

	Grupo				Grupo			
	Con Maltrato				Sin Maltrato			
	X	D. E.	Mínimo	Máximo	X	D. E.	Mínimo	Máximo
Inmunoglobulina M	155	76	41	480	145	65	37	348
Respuesta galvánica de la piel	439,77	208,69	132,63	993,16	349,07	140,82	103,24	856,08
Ira Rasgo	23	9	10	40	18	6	10	34
Ira Estado	20	6	15	45	18	9	15	58
Índice Expresión de la Ira	89	7	76	106	92	9	70	114
Total Escala Inadaptación	19	7	0	28	2	4	0	16
Total Cognitivo Ansiedad	17	8	1	28	8	5	0	25
Total Fisiológico Ansiedad	14	10	0	40	6	6	0	27
Total Motor Ansiedad	10	6	0	21	6	4	0	20

	Grupo				Grupo			
	Con Maltrato				Sin Maltrato			
	X	D. E.	Mínimo	Máximo	X	D. E.	Mínimo	Máximo
Total Escala de Ansiedad	42	20	7	88	19	4	1	72
Total Escala de Autoestima	19	6	3	30	24	5	12	30
Total Escala de Depresión	20	11	1	52	6	7	0	44
Total Escala Estrés	22	11	2	46	1	2	0	9
Total Manifestac. Ansiedad	13	9	0	37	2	3	0	9

La tabla 6, muestra las estadísticas descriptivas de las variables del estudio para el grupo experimental y el grupo cuasi control, pueden observarse diferencias estadísticamente significativas entre la mayoría de las variables. Llama la atención que una de las menos significativa es la Inmunoglobulina M, aunque si se muestra incremento en los niveles del primer grupo.

*Tabla 7.* Comparación con el Estadístico U de Mann-Whitney para los grupos objeto de estudio.

	Total Re- experimentación	Total Evitación	Total Activación Autonómica	Total Escala Estrés	Total Manifestaciones Ansiedad
U de Mann-Whitney	59,500	42,500	139,000	18,500	234,500
W de Wilcoxon	1334,500	1317,500	1414,000	1293,500	1509,500
Z	-8,745	-8,712	-7,907	-8,698	-7,135

Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
---------------------------	------	------	------	------	------

Se observa en la Tabla 7, con diferencias estadísticamente significativas, indicando que hay mayor presencia de Estrés en el grupo que experimenta maltrato Vs el grupo que no lo experimenta, igualmente, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en las variables como Total Evitación Escala Estrés; Total Activación Autonómica Escala Estrés; Total Escala Estrés; y el Total Manifestaciones Ansiedad Escala Estrés.

*Tabla 7.* Comparación con el Estadístico U de Mann-Whitney para los grupos objeto de estudio (continuación).

	Escala Global	Total Escala			
	Adaptación	Adaptación	Total Cognitivo	Total Fisiológico	Total Motor
U de Mann-Whitney	196,000	119,500	468,500	564,000	606,500
W de Wilcoxon	1471,000	1394,500	1743,500	1839,000	1881,500
Z	-7,500	-7,905	-5,395	-4,736	-4,448
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000

Se observan diferencias estadísticamente significativas, indicando que hay mayor presencia de Ansiedad en el total cognitivo, en el grupo que experimenta maltrato Vs el grupo que no lo experimenta; igualmente, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en las variables como Adaptación, Respuestas Fisiológicas y Respuesta Motoras.

*Tabla 7. Comparación con el Estadístico U de Mann-Whitney para los grupos objeto de estudio (continuación).*

	Total Escala de Ansiedad	Total Escala de Autoestima	Total Escala de Depresión	Ira Estado	Sentimiento de Ira
U de Mann-Whitney	463,000	647,500	289,000	819,000	812,500
W de Wilcoxon	1738,000	1922,500	1564,000	2094,000	2087,500
Z	-5,427	-4,169	-6,633	-3,070	-3,139
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,002	,002

De otro modo, se observa con diferencias estadísticamente significativas, indicando que hay mayor presencia de Ansiedad, en el grupo que experimenta maltrato Vs el grupo que no lo experimenta, igualmente, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en las variables Autoestima, Depresión, Ira Estado y Sentimiento de Ira.

*Tabla 7. Comparación con el Estadístico U de Mann-Whitney para los grupos objeto de estudio (continuación).*

	Temperamento de				
	Ira Verbal	Ira Rasgo	Ira	Reacción de Ira	Control Externo
U de Mann-Whitney	941,500	768,500	855,000	762,000	852,000
W de Wilcoxon	2216,500	2043,500	2130,000	2037,000	2127,000
Z	-2,626	-3,325	-2,752	-3,384	-2,750
Sig. asintót. (bilateral)	,009	,001	,006	,001	,006

Se observa diferencias estadísticamente significativas, indicando que hay mayor presencia de las dimensiones de IRA, en el grupo que experimenta maltrato Vs el grupo que no lo experimenta.

*Tabla 7.* Comparación con el Estadístico U de Mann-Whitney para los grupos objeto de estudio (continuación).

	Control Interno de la Ira	Índice Expresión de la Ira	Inmunoglobulina M	Respuesta galvánica de la piel
U de Mann-Whitney	969,500	986,000	965,500	932,500
W de Wilcoxon	2244,500	2261,000	2046,500	2207,500
Z	-1,938	-1,823	-,722	-2,047
Sig. asintót. (bilateral)	,053	,068	,470	,041

Igualmente, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas, en la respuesta galvánica de la piel en el grupo que experimenta maltrato Vs el grupo que no lo experimenta.

## **5.5 Descripción en porcentajes de las variables sociodemográficas para ambos grupos.**

Los valores porcentuales para cada uno de los aspectos psicosociales evaluados a partir de la entrevista semiestructurada, los cuales determinan la



presencia de las características por grupo experimental y grupo cuasi control se describen a continuación y es importante anotar que se observan diferencias significativas entre ambos grupos a saber:

El 80% de las personas del grupo experimental creen que su pareja tiene una opinión negativa de ellas, mientras que en el grupo cuasi control, sólo el 4% tienen esta creencia, prevaleciendo en este grupo la idea de que sus parejas tienen una opinión positiva de ellas.

En el grupo experimental, el 72% comparten actividades gratificantes con su pareja y en el grupo cuasi control, el 100% dice hacerlo.

Respecto a los problemas más comunes de conflicto se observa que mientras en el grupo experimental son más frecuentes los problemas comunicacionales, en el otro grupo los más frecuentes son los problemas debidos a la influencia de terceros (con un 30% para ambos grupos). Los demás porcentajes de las frecuencias se distribuyen aleatoriamente entre problemas por celos, económicos, problemas debido al alcohol o las drogas, etc.

Un 54% del grupo experimental y un 56% del grupo cuasi control, manifiestan que sus parejas no les colaboran en responsabilidades comunes de la casa, en este aspecto no se observan diferencias entre ambos grupos.

El tipo de maltrato que se presenta en el grupo experimental está clasificado así: un 28% manifiesta sufrir maltrato sólo psicológico; 12% maltrato físico y psicológico; 18% maltrato psicológico y económico; 18% maltrato físico, psicológico y económico; 22% manifiesta sufrir todos los tipos de maltrato, esto es, físico, psicológico, económico y sexual. Es pertinente decir entonces que el 100% de este grupo padece maltrato psicológico.

El 48% del grupo experimental ha sido víctima de maltrato por siete años o más, 16% lleva menos de un año experimentándolo, 16% lleva entre uno y dos años y un 6% lleva entre cinco y seis años viviendo la condición de maltrato.

Respecto a la frecuencia del maltrato se encuentra que el 70% vive esta condición diaria o semanalmente; un 20% lo vive mensualmente y un 10% anualmente.

34% de las personas evaluadas en el grupo experimental tenían menos de 20 años cuando comenzaron a ser maltratadas, 30% entre 20 y 29 años, 22% entre 30 y 39 años, 12% entre 40 y 49 años y sólo un 2% tenía 50 años o más.

Del grupo experimental evaluado, el 62% ha recibido maltrato de forma física y verbal y el 38% sólo de forma verbal.

El 52% ha enfrentado el problema con denuncias y el 48% restante no ha denunciado su situación de maltrato. El 68% ha recibido asistencia médica debida al maltrato y el 32% no la ha recibido.

Un 50% del grupo experimental manifiesta haber recibido maltrato en su familia de origen en la mayoría de las veces por parte del padre, la madre o ambos; en el grupo cuasi control solo el 10% vivió esta experiencia. El 52% de las personas evaluadas en el grupo experimental manifiestan tener familiares en iguales condiciones de maltrato, en el grupo cuasi control esta situación se da en un 16%.

El 44% manifiesta haber tenido algún tipo de problema psicológico y sólo el 40% ha recibido tratamiento psicológico. El 32% del grupo dice tener alguna enfermedad actual y el 36% toma algún medicamento en el momento.

Las formas de maltrato psicológico más frecuentes se relacionan de mayor a menor a continuación: hacer comentarios y gestos humillantes (76%), ridiculizar, acusar o culpar a la pareja (74%), irrespetar los acuerdos (72%), dejar en mal lugar a la pareja frente a su familia y amigos (68%), presionar a la pareja para que tome decisiones y decirle lo que tiene que hacer (60%), mentir, tender trampas y decirle a la pareja que tiene derecho sobre ella (58%), verificar y buscar constantemente dónde está la pareja (56%), hablar mal de la familia y amigos de la pareja (54%), manipular

a la pareja utilizando a los hijos (50%). Los demás tipos de maltrato psicológico se dan pero no son tan frecuentes.

## 5.6 Prueba de Chi Cuadrado para Evaluar Asociación entre los Grupos y las Escalas Psicológicas.

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control, el grupo experimental y las escalas psicológicas.

			Escala de Estrés		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	17	33	50
		Frecuencia esperada	33,5	16,5	50,0
		% dentro de Grupo	34,0%	66,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	50	0	50
		Frecuencia esperada	33,5	16,5	50,0
		% dentro de Grupo	100,0%	,0%	100,0%
	Total	Recuento	67	33	100
		Frecuencia esperada	67,0	33,0	100,0
		% dentro de Grupo	67,0%	33,0%	100,0%
Reexperimentación Estrés					
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	27	23	50
		Frecuencia esperada	38,0	12,0	50,0
		% dentro de Grupo	54,0%	46,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	49	1	50
		Frecuencia esperada	38,0	12,0	50,0

	% dentro de Grupo	98,0%	2,0%	100,0%
Total	Recuento	76	24	100
	Frecuencia esperada	76,0	24,0	100,0
	% dentro de Grupo	76,0%	24,0%	100,0%

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control, el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

		Evitación Estrés			
		Sin presencia	Con presencia	Total	
Grupo	Con Maltrato	Recuento	15	35	50
		Frecuencia esperada	32,5	17,5	50,0
		% dentro de Grupo	30,0%	70,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	50	0	50
		Frecuencia esperada	32,5	17,5	50,0
		% dentro de Grupo	100,0%	,0%	100,0%
	Total	Recuento	65	35	100
		Frecuencia esperada	65,0	35,0	100,0
		% dentro de Grupo	65,0%	35,0%	100,0%
		Activación Estrés			
		Sin presencia	Con presencia	Total	
Grupo	Con Maltrato	Recuento	17	33	50
		Frecuencia esperada	33,5	16,5	50,0
		% dentro de Grupo	34,0%	66,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	50	0	50
		Frecuencia esperada	33,5	16,5	50,0
		% dentro de Grupo	100,0%	,0%	100,0%
	Total	Recuento	67	33	100
		Frecuencia esperada	67,0	33,0	100,0
		% dentro de Grupo	67,0%	33,0%	100,0%

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control y el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

			Trabajo Estudio		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	21	29	50
		Frecuencia esperada	34,5	15,5	50,0
		% dentro de Grupo	42,0%	58,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	48	2	50
		Frecuencia esperada	34,5	15,5	50,0
		% dentro de Grupo	96,0%	4,0%	100,0%
	Total	Recuento	69	31	100
		Frecuencia esperada	69,0	31,0	100,0
		% dentro de Grupo	69,0%	31,0%	100,0%
			Vida Social		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	19	31	50
		Frecuencia esperada	33,5	16,5	50,0
		% dentro de Grupo	38,0%	62,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	48	2	50
		Frecuencia esperada	33,5	16,5	50,0
		% dentro de Grupo	96,0%	4,0%	100,0%
	Total	Recuento	67	33	100
		Frecuencia esperada	67,0	33,0	100,0
		% dentro de Grupo	67,0%	33,0%	100,0%

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control, el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

			Tiempo Libre		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	20	30	50
		Frecuencia esperada	34,0	16,0	50,0
		% dentro de Grupo	40,0%	60,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	48	2	50
		Frecuencia esperada	34,0	16,0	50,0
		% dentro de Grupo	96,0%	4,0%	100,0%
	Total	Recuento	68	32	100
		Frecuencia esperada	68,0	32,0	100,0
		% dentro de Grupo	68,0%	32,0%	100,0%
			Relación de Pareja		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	12	38	50
		Frecuencia esperada	30,0	20,0	50,0
		% dentro de Grupo	24,0%	76,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	48	2	50
		Frecuencia esperada	30,0	20,0	50,0
		% dentro de Grupo	96,0%	4,0%	100,0%
	Total	Recuento	60	40	100
		Frecuencia esperada	60,0	40,0	100,0
		% dentro de Grupo	60,0%	40,0%	100,0%



*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control, el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

			Vida Familiar		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	16	34	50
		Frecuencia esperada	32,0	18,0	50,0
		% dentro de Grupo	32,0%	68,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	48	2	50
		Frecuencia esperada	32,0	18,0	50,0
		% dentro de Grupo	96,0%	4,0%	100,0%
	Total	Recuento	64	36	100
		Frecuencia esperada	64,0	36,0	100,0
		% dentro de Grupo	64,0%	36,0%	100,0%

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control y el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

		Escala Total Inadaptación			
		Sin presencia	Con presencia	Total	
Grupo	Con Maltrato	Recuento	9	41	50
		Frecuencia esperada	28,5	21,5	50,0
		% dentro de Grupo	18,0%	82,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	48	2	50
		Frecuencia esperada	28,5	21,5	50,0
		% dentro de Grupo	96,0%	4,0%	100,0%
	Total	Recuento	57	43	100
		Frecuencia esperada	57,0	43,0	100,0
		% dentro de Grupo	57,0%	43,0%	100,0%
Escala Total Depresión			Total		

		Sin presencia	Con presencia		
Grupo	Con Maltrato	Recuento	23	27	50
		Frecuencia esperada	35,0	15,0	50,0
		% dentro de Grupo	46,0%	54,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	47	3	50
		Frecuencia esperada	35,0	15,0	50,0
		% dentro de Grupo	94,0%	6,0%	100,0%
Total		Recuento	70	30	100
		Frecuencia esperada	70,0	30,0	100,0
		% dentro de Grupo	70,0%	30,0%	100,0%

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control y el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

			Escala Autoestima		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	26	24	50
		Frecuencia esperada	18,5	31,5	50,0
		% dentro de Grupo	52,0%	48,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	11	39	50
		Frecuencia esperada	18,5	31,5	50,0
		% dentro de Grupo	22,0%	78,0%	100,0%
	Total	Recuento	37	63	100
		Frecuencia esperada	37,0	63,0	100,0
		% dentro de Grupo	37,0%	63,0%	100,0%
			Escala Total Ira		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	32	18	50
		Frecuencia esperada	38,0	12,0	50,0
		% dentro de Grupo	64,0%	36,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	44	6	50
		Frecuencia esperada	38,0	12,0	50,0
		% dentro de Grupo	88,0%	12,0%	100,0%
	Total	Recuento	76	24	100
		Frecuencia esperada	76,0	24,0	100,0
		% dentro de Grupo	76,0%	24,0%	100,0%

*Tabla 8. Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control y el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).*

			Ira Rasgo		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	34	16	50
		Frecuencia esperada	39,5	10,5	50,0
		% dentro de Grupo	68,0%	32,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	45	5	50
		Frecuencia esperada	39,5	10,5	50,0
		% dentro de Grupo	90,0%	10,0%	100,0%
	Total	Recuento	79	21	100
		Frecuencia esperada	79,0	21,0	100,0
		% dentro de Grupo	79,0%	21,0%	100,0%
Temperamento de Ira					
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	31	19	50
		Frecuencia esperada	36,5	13,5	50,0
		% dentro de Grupo	62,0%	38,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	42	8	50
		Frecuencia esperada	36,5	13,5	50,0
		% dentro de Grupo	84,0%	16,0%	100,0%
	Total	Recuento	73	27	100
		Frecuencia esperada	73,0	27,0	100,0
		% dentro de Grupo	73,0%	27,0%	100,0%

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control y el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

			Reacción de Ira		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	35	15	50
		Frecuencia esperada	41,5	8,5	50,0
		% dentro de Grupo	70,0%	30,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	48	2	50
		Frecuencia esperada	41,5	8,5	50,0
		% dentro de Grupo	96,0%	4,0%	100,0%
	Total	Recuento	83	17	100
		Frecuencia esperada	83,0	17,0	100,0
		% dentro de Grupo	83,0%	17,0%	100,0%
			Ira Externa		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	38	12	50
		Frecuencia esperada	40,5	9,5	50,0
		% dentro de Grupo	76,0%	24,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	43	7	50
		Frecuencia esperada	40,5	9,5	50,0
		% dentro de Grupo	86,0%	14,0%	100,0%
	Total	Recuento	81	19	100
		Frecuencia esperada	81,0	19,0	100,0
		% dentro de Grupo	81,0%	19,0%	100,0%

*Tabla 8. Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control y el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).*

			Ira Interna		
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	41	9	50
		Frecuencia esperada	42,5	7,5	50,0
		% dentro de Grupo	82,0%	18,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	44	6	50
		Frecuencia esperada	42,5	7,5	50,0
		% dentro de Grupo	88,0%	12,0%	100,0%
	Total	Recuento	85	15	100
		Frecuencia esperada	85,0	15,0	100,0
		% dentro de Grupo	85,0%	15,0%	100,0%
Control Externo de la Ira					
			Sin presencia	Con presencia	Total
Grupo	Con Maltrato	Recuento	45	5	50
		Frecuencia esperada	40,5	9,5	50,0
		% dentro de Grupo	90,0%	10,0%	100,0%
	Sin Maltrato	Recuento	36	14	50
		Frecuencia esperada	40,5	9,5	50,0
		% dentro de Grupo	72,0%	28,0%	100,0%
	Total	Recuento	81	19	100
		Frecuencia esperada	81,0	19,0	100,0
		% dentro de Grupo	81,0%	19,0%	100,0%

*Tabla 8.* Chi Cuadrado para evaluar asociación entre el grupo cuasi control, el grupo experimental y las escalas psicológicas (continuación).

		Control Interno de la Ira			
		Sin presencia	Con presencia	Total	
Grupo	Con Maltrato	Recuento	32	18	50
		Frecuencia esperada	29,5	20,5	50,0
		% dentro de Grupo	64,0%	36,0%	100,0%
		% del total	32,0%	18,0%	50,0%
	Sin Maltrato	Recuento	27	23	50
		Frecuencia esperada	29,5	20,5	50,0
		% dentro de Grupo	54,0%	46,0%	100,0%
		% del total	27,0%	23,0%	50,0%
	Total	Recuento	59	41	100
		Frecuencia esperada	59,0	41,0	100,0
		% dentro de Grupo	59,0%	41,0%	100,0%
		% del total	59,0%	41,0%	100,0%

En la Tabla 8, se observan valores de prevalencia para cada uno de los grupos y las variables psicológicas determinadas por la presencia o ausencia de los aspectos evaluados teniendo en cuenta los puntos de corte para cada variable.

Se indica asociación con el valor de significancia entre las variables de las subescalas de la Escala de estrés: Re-experimentación, Evitación, Activación, total escala de estrés; Trabajo/Estudio, Vida social, Tiempo libre, Relación de pareja, Vida Familiar, Escala Global de Inadaptación, Escala Total de Inadaptación, Escala Total

de Depresión, Escala de Autoestima, Escala Total de Expresión de la Ira, Ira rasgo, Temperamento de Ira, Reacción de Ira, Control externo de la ira , y los grupos cuasi control y experimental.

## 6.7 Modelo de Regresión Múltiple para las Variables Objeto de Estudio

*Tabla 9.* Resumen del Modelo de Regresión Múltiple para la Inmunoglobulina M en los grupos objeto de estudio.

			Error	Estadísticos de cambio						
			típ. de	Cambio						
			la	en R				Sig. Cambio	Durbin-	
R	R cuadrado	R cuadrado	estimaci	cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	en F	Watson	
		corregida	ón							
,515 <sup>a</sup>	,266	,097	67,024	,266	1,575	17	74	,093	2,115	

Utilizando el método de selección de variables a introducir, ya que es un modelo predictivo, se obtuvo el modelo anterior, cuyo R2 ajustado es de 0,266, es decir que la variación de los niveles de Inmunoglobina M se ve explicada en un 26,6% por las variables independientes incluidas en el modelo (ver Tabla 9).



**Tabla 10.** Coeficientes del Modelo de Regresión Múltiple en los grupos objeto de estudio.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Intervalo de confianza de 95,0% para B		
		B	Error típ.	Beta	T	Sig.	Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	115,862	62,893		1,842	,069	-9,455	241,179
	Estres_ Activación	-75,180	29,095	-,502	-2,584	,012	-133,152	-17,207

El modelo ajustado es:  $\mu_{y/x} = 115,862 - 75,180$  de la subescala de Activación autonómica de la escala de estrés.

**Interpretación de los Coeficientes.** Se espera que los niveles de Inmunoglobina M se vean modificados por cada valor o puntaje que se modifique en la subescala de Activación autonómica de la escala de Estrés cuando las demás variables permanecen constantes (ver Tabla 10).

**Tabla 11.** Resumen del Modelo de Regresión Múltiple para la Respuesta Galvánica de la Piel en los grupos objeto de estudio.

Estadísticos de cambio									
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	g11	g12	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
,556 <sup>a</sup>	,309	,143	169,02516	,309	1,858	19	79	,030	,836

Utilizando el método de selección de variables a introducir, ya que es un modelo predictivo, se obtuvo el modelo anterior, cuyo R2 ajustado es de 0,143, es decir que la variación en la respuesta galvánica se ve explicada en un 14,3% por las variables independientes incluidas en el modelo (ver Tabla 11).

*Tabla 12.* Coeficientes del Modelo de Regresión Múltiple en los grupos objeto de estudio.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.	Límite inferior Límite superior
1	(Constante)	239,542	158,759		1,509	,135	-76,460 555,543
	Tiempo_libre	-196,388	60,431	-,501	-3,250	,002	-316,672 -76,104
	Ira_temp	160,256	79,000	,388	2,029	,046	3,009 317,502

El modelo ajustado es:  $\mu_{y/x} = 239,542 + 60,431 \text{ Tiempo Libre} + 79 \text{ Temperamento de Ira}$ .

**Interpretación de los Coeficientes.** Se espera que la respuesta galvánica de la piel se vea modificada por cada valor o puntaje que se modifique en la subescala Tiempo Libre de la escala de Inadaptación y para cada valor que se modifique en la

subescala Temperamento de Ira del Inventario de Expresión de la Ira, cuando las demás variables permanecen constantes (ver Tabla 12).

## **PARTE IV**

### **DISCUSIÓN GENERAL**

---

## CAPÍTULO VI

### 7.1 Discusión

Respecto a las variables sociodemográficas del estudio se encuentra que la gran mayoría de los participantes fueron mujeres, si bien no se le dio un carácter de género a la investigación, sigue siendo el sexo femenino quien más reporta o acepta ser víctima de maltrato por parte de su pareja, lo que es coherente con resultados de otros estudios (Ferrer & Bosch, 2005; Redondo, 2004; Gormley, 2005; Dutton & Goodman, 2005; Bookwala, et al, 2005; Hamby, 2005; Williams & Hanson, 2005; Brush, 2005; Krahe & Berger, 2005; Anderson, 2005; Kernsmith, 2005; McHugh, 2005; Krahe, et al, 2005; Anderson, 2007). Por otra parte, Herrera (2003) y Cervantes et al (2004), hacen una aproximación a los aspectos legales que regulan el fenómeno del maltrato hacia la mujer en materia de violencia de pareja en Colombia.

En la muestra de hombres participantes, los resultados indican presencia de maltrato confirmando los planteamiento de los autores que dicen que no solo la mujer es víctima de violencia y cada vez los estudios reportan más datos que avalan esta afirmación (Lafontaine & Lussier, 2005; Frieze, 2005; Witaker, et al, 2007; Caetano, et al, 2005); lo que puede indicar la tendencia a ignorar a los hombres como víctimas (Pérez, 2002). En el grupo estudiado también se encontraron parejas homosexuales en situación de violencia, aunque el número de ellas no haya sido significativo se tiene en cuenta porque confirma lo planteado por McKenry, et al,

(2006), sobre la presencia del fenómeno en este tipo de relaciones; a pesar de no existir muchos estudios sobre el tema (Seelau & Seelau, 2005; Stanley, et al (2006), si amerita su inclusión en estudios posteriores.

La edad de la muestra, es un criterio a tener en cuenta dado el rango dentro del cual se movieron los datos, como variable sociodemográfica se le concede importancia porque algunos de los estudios hablan de la presencia del fenómeno de la violencia de pareja en todas las edades y en diversas etapas del desarrollo (Cáceres & Cáceres, 2006; Fernández-Fuertes, et al, 2006; González & Santana, 2001; Bookwala, et al, 2005; Bonomi, et al, 2007; Carrera & González, 2006; Próspero & Vohra-Gupta, 2007; Graves, et al, 2005; Póo & Vizcarra, 2008; Sarasua, et al, 2007).

Uno de los tipos de violencia descritos en el estudio es el maltrato económico (Torres, 2001), para el caso es posible asociar este aspecto con el hecho de que, al momento de ser evaluado, el grupo experimental mostraba un significativo número de personas que estaban desempleadas o se desempeñaban como amas de casa, sin percibir un salario, lo cual incide en palabras de ellas para que tengan que soportar humillaciones y maltratos por parte de sus parejas debido a que en la mayoría de los casos son éstas las que aportan el sustento económico o llevan la comida para los hijos.

Se observó una mayor frecuencia en cuanto al divorcio o la separación de la pareja en el grupo experimental, sin embargo en cuanto al tipo de unión o al

cohabitar, los datos son muy similares en ambos grupos, no se podría decir aquí si el estar casado o cohabitar incide en la presentación del maltrato, esto en concordancia con el estudio de Kenney & McLanahan (2006), los cuales abogan por el cuidado extremo al hablar de esta condición. Lo que si llama la atención es la mayor frecuencia de divorcios en el grupo experimental, lo que indica un deterioro progresivo en las relaciones de pareja debido al maltrato que se da al interior de ellas y generar los patrones de contagio, complementario, rebelión-resistencia y de incompatibilidad, con un carácter disfuncional de interacción, de los que hablan Solis y Moreira (2004).

En esta muestra se encontró que la escolaridad es mayor en el grupo cuasi control que en el grupo experimental, sin embargo, no es una variable a tener en cuenta debido a que puede generar sesgos en su interpretación, por tratarse de una muestra no intencional, por disponibilidad de sujetos. Otro tanto ocurre con la variable número de hijos.

Los aspectos psicosociales que se pudieron evaluar desde un marco estadístico a través de la entrevista semiestructurada complementan el análisis de las variables en estudio. Estos datos permitieron corroborar premisas como la tendencia a la baja autoestima, el malestar psicológico generado por la condición de maltrato, la presencia de conflictos al interior de la pareja, la presencia de algún tipo de problema psicológico, las pocas actividades gratificantes en pareja, entre otros, lo que es

coherente con los planteamientos de algunos investigadores del tema (Calvete, et al, 2007; Traverso, 2000).

Los resultados de los niveles de Inmunoglobulina M evaluados para ambos grupos, muestran diferencias, esto es, las medias de los puntajes de la Inmunoglobulina M son mayores en el grupo que vive experiencia de maltrato por parte de la pareja que en el grupo que no lo vive. Es importante anotar que de todas las variables del estudio, la de la Inmunoglobulina M es la que muestra las menores diferencias (Sig. asint. 0,470).

Sin embargo, Scott-Tilley et al (2010), plantean la relación que se da entre la violencia por parte de la pareja, el trastorno de estrés postraumático y la afectación del sistema inmune. Si bien, no se encontraron estudios que evaluaran directamente la asociación de la Inmunoglobulina M con violencia de pareja, en la revisión de los autores se citan trabajos como los de Woods et al (2005, citados por Scott-Tilley et al, 2010), quien utiliza un diseño exploratorio predictivo para poner a prueba las relaciones entre el maltrato en la infancia, la violencia del compañero íntimo, los síntomas del trastorno de estrés postraumático y el estado inmunológico de las mujeres maltratadas. Wirtz et al (2006, citados por Scott-Tilley et al, 2010), informó de un vínculo claro entre la pobre regulación emocional y su relación con el aumento del estrés hormonal. La alteración entre la Norepinefrina (niveles altos) y el Cortisol (niveles bajos), persistieron mucho después de la experiencia de trauma inicial (Heim et al., 2000 citados por Scott-Tilley et al, 2010).



En la presente investigación, se tuvo en cuenta el trastorno de estrés postraumático como variable psicológica, el mismo fue evaluado teniendo en cuenta los planteamientos de Echeburúa et al (1996), los cuales elaboraron un cuestionario basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000); los autores han hecho diversos aportes en lo referente a este tópico, a la forma de evaluarlo y de tratarlo.

Los resultados de esta investigación mostraron presencia de altos niveles de estrés postraumático, evidenciando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos del estudio. Se observa que las medias son más elevadas en el total de la escala de estrés, otro tanto ocurre con la escala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad. Respecto a la frecuencia por subescalas es más significativa la puntuación observada en Evitación y Activación Autónoma (70% y 66%), de las personas del grupo experimental (Ver Tabla 7).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas, en la respuesta galvánica de la piel en el grupo que experimenta maltrato Vs el grupo que no lo experimenta, siendo más elevados los puntajes en el primer grupo (Sig. Asint. 0,041. Ver Tabla 7). Estos resultados permiten corroborar los hallazgos de diversos investigadores en la relación establecida con los niveles de ansiedad que pueden ser captados a partir de un registro psicofisiológico de la actividad electrodermal o respuesta galvánica de la piel como actividad del sistema autónomo (Juárez, et al,

2005; Mobascher, et al, 2009), Otros estudios han revisado la asociación entre la respuesta galvánica de la piel y variables como estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor, entre otros ( Naveteur, et al, 2005; Sloan & Sandt, 2010; McTeague et al, 2010; Doberenz, et al, (2010).

- \* Los resultados frente a las otras variables psicológicas incluidas en el estudio, esto es, Estrés, Inadaptación, Ansiedad, Autoestima, Depresión y Expresión de la Ira, fueron estadísticamente significativos en tanto se observaron diferencias entre ambos grupos (Sig. Asint. 0,000 a 0,006).
- \* Las variables que no muestran diferencias significativas entre ambos grupos fueron: Control interno de la ira e Índice de expresión de la ira (Sig. Asint. 0,053 y 0,68 respectivamente).

.

A partir de los resultados se puede decir que como en otros estudios (Calvete, et al, 2007; Pico-Alfonso, et al, 2006; Arroyo, 2002), se evidencia una significativa relación entre los puntajes obtenidos en las escalas de inadaptación y estrés postraumático, lo cual puede entenderse de forma lógica como que a mayores niveles de estrés, y en el grupo experimental estos puntajes son significativos, mayores índices de inadaptación, los cuales también son elevados en el grupo objeto de estudio.

Estos resultados coinciden con los planteados por Matud (2004), en relación con los padecimientos de las personas maltratadas, especialmente mujeres, donde, éstas tienden a padecer más enfermedades que las no maltratadas, a consultar más y a quejarse de síntomas variados, especialmente de ansiedad; en el presente trabajo se evidencia en los resultados obtenidos en la escala de manifestaciones de ansiedad y la escala total de estrés.

La violencia en la pareja se ha vinculado con diferentes alteraciones de la salud a corto y a largo plazo, cabe destacar el trastorno de estrés postraumático y la ansiedad como consecuencias psíquicas y del comportamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2003), lo cual unido a la dificultades para adaptarse y llevar una vida medianamente “normal”, implica cada vez más deterioro personal y experimentación de malestar que entorpece la vida cotidiana tanto desde lo personal como desde lo social, familiar, laboral, etc.

Se dijo anteriormente que los estudios han demostrado correlaciones significativas entre la violencia por parte del compañero(a) íntimo(a) y variables psicológicas, al respecto los resultados han mostrado que las personas que viven en condiciones de violencia al interior de sus relaciones de pareja muestran un estado de salud deteriorado, manifiestan baja autoestima, temor permanente a la agresión, depresión, alteraciones emocionales y debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento generalizado de sus problemas de salud. Otros síntomas frecuentes son los dolores corporales y de cabeza, problemas

respiratorios y asma, fatiga, colon irritable, úlceras, ansiedad, síndrome de estrés postraumático e infecciones vaginales, especialmente cuando se trata de mujeres víctimas de violencia sexual. Se ha detectado además que las mujeres víctimas de violencia tienen una mayor tendencia al suicidio o al intento de suicidio. Igualmente, estas personas suelen utilizar con mayor frecuencia medicamentos, especialmente ansiolíticos o tranquilizantes (Ellsberg et al, 1996; Larraín, 1994; Heise, 1994; Morrison y Orlando, 1999; citados por Traverso, 2000, p.15; Calvete, et al, 2007).

Aunque se le ha prestado más atención a la violencia física y sexual, la violencia psicológica es tan nociva como las otras (Pico-Alfonso, et al, 2006), especialmente si se tiene en cuenta que la mayoría de las veces se da de manera soterrada, oculta y apenas observada ya que no deja huellas físicas que mostrar; difícilmente las personas denuncian este tipo de maltrato y ello redundaría en que las consecuencias sean cada vez más nocivas. . Hay una alta comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y los síntomas depresivos, aspecto que también corrobora Lipski, et al (2005). Al respecto varios estudios han tratado estas variables por separado, especialmente la depresión y el suicidio (McFarlane, et al, 2005; Lipski, et al, 2005; Dorahy, et al, 2007).

Los niveles de depresión se evidenciaron en el 54% del grupo experimental, aspecto moderadamente diferente en el grupo cuasi experimental donde presenta tal condición un 30%. Estos datos pueden sugerir que la presencia de depresión en el último grupo no está asociada a la condición del maltrato por parte de la pareja, sino

a otros eventos diversos. La depresión en el grupo experimental, de acuerdo a los resultados obtenidos puede estar estrechamente relacionada con la condición de maltrato según lo que plantea algunos autores (Calvete, et al, 2007; Echeburúa, et al, 1996; Jandl, et al, 2010; Koziol-McLain, et al, 2006; Labrador y Alonso, 2006; Lipsky, et al, 2005; Miguel, et al, 1999; Sloan & Sandt, 2010).

## **7.2 Conclusiones**

Luego de concluido el presente trabajo es pertinente establecer las siguientes conclusiones en aras de los resultados presentados y discutidos:

- ✓ La muestra total estuvo conformada por un 86,6% de mujeres y un 13,4% de hombres, la edad media fue de 32 y 37 años, para el grupo cuasi control y experimental respectivamente, con una Desviación Estándar de 11 y 10 años para cada grupo en su orden.
  
- ✓ Respecto a la ocupación, prevalecen las amas de casa en el grupo experimental, los empleados en ambos grupos y los estudiantes en el grupo cuasi control.

- ✓ Del grupo experimental se observó mayor porcentaje de separados y divorciados, en relación con el grupo cuasi control; el 39% de las personas de toda la muestra están casadas.
- ✓ El grupo cuasi control percibe un mayor nivel salarial que el grupo experimental, un alto porcentaje de este grupo encontraba desempleado en el momento de ser evaluado.
- ✓ Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Inmunoglobulina M, la Respuesta Galvánica de la Piel y las variables psicológicas para el grupo cuasi control y el grupo experimental.
- ✓ Las variables psicosociales evaluadas a través de la entrevista evidenciaron diferencias significativas, especialmente en lo relacionado con la condición de maltrato. Un significativo porcentaje del grupo experimental cree que su pareja tiene una opinión negativa de ellos.
- ✓ Un alto porcentaje de ambos grupos manifiesta compartir actividades gratificantes en pareja. La mitad de los grupos dicen que su pareja no les ayuda en responsabilidades comunes.

- ✓ Los problemas más comunes de conflicto para el grupo experimental son los de tipo comunicacional, mientras que para el otro grupo es la influencia de terceros.
- ✓ Debido a que el maltrato psicológico está presente en todos los tipos de maltrato, es válido decir que el total de la muestra del grupo experimental lo padece. Un 22% de la muestra dice sufrir todos los tipos de maltrato, esto es, físico, sexual, psicológico y económico.
- ✓ La mitad del grupo experimental reporta haber sido víctima de maltrato por siete años o más y el 70% viven esta situación diaria o semanalmente. El total del grupo percibe el maltrato de forma verbal y un 62% también de forma física.
- ✓ La mitad del grupo experimental manifiesta haber recibido maltrato en su familia de origen por parte de su padre, su madre o ambos. También la mitad manifiesta tener familiares que viven en condición de maltrato en la actualidad.
- ✓ Las formas de maltrato psicológico más frecuentes: hacer comentarios y gestos humillantes, ridiculizar, acusar o culpar a la pareja, irrespetar los acuerdos, dejar en mal lugar a la pareja frente a su familia y amigos, presionar a la pareja para que tome decisiones y decirle lo que tiene que hacer, mentir, tender trampas y decirle a la pareja que tiene derecho sobre

ella, verificar y buscar constantemente dónde está la pareja, hablar mal de la familia y amigos de la pareja, manipular a la pareja utilizando a los hijos.

- ✓ Se observaron, para todas las variables psicológicas involucradas en el estudio, diferencias significativas entre ambos grupos.
- ✓ Se encontraron relaciones estrechamente estadísticas en cuanto a las variables de Adaptación y Estrés, Ansiedad y Estrés, Estrés y depresión.
- ✓ En el grupo experimental se observó que para la escala de estrés postraumático, los puntajes mayores se obtuvieron en las subescalas de Evitación e Hiperactivación, así como en la escala total.
- ✓ Se indica asociación con el valor de significancia entre estrés, inadaptación, Depresión, Autoestima, Ira rasgo, Temperamento de Ira, Reacción de Ira y, Control externo de la ira.
- ✓ Según el modelo de Regresión, se espera que los niveles de Inmunoglobina M se vean modificados por cada valor o puntaje que se modifique en la subescala de Activación autonómica de la escala de Estrés cuando las demás variables permanecen constantes.



- ✓ Se espera, según el modelo de Regresión aplicado, que la respuesta galvánica de la piel se vea modificada por cada valor o puntaje que se modifique en la subescala Tiempo Libre y para cada valor que se modifique en la subescala Temperamento de Ira, cuando las demás variables permanecen constantes.
- ✓ Se observó una diferencia menos significativa a pesar de que si se observó alguna, en la Inmunoglobulina M y la Respuesta Galvánica de la piel, lo cual lleva a plantear la posibilidad de realizar estudios más profundos y de tipo longitudinal.
- ✓ Esta investigación tiene aplicaciones para el estudio del fenómeno de la violencia de pareja en tanto se aborde el mismo desde un modelo biopsicosocial.

### **7.3 Recomendaciones**

Ante todo es necesario tener en cuenta que este tipo de investigaciones presentan limitaciones de todo tipo, para el caso presente podría decirse que éstas estuvieron relacionadas sobretodo con dificultades para conseguir la muestra y limitaciones de índole económica.

Es pertinente que se sigan desarrollando o ampliando esta clase de investigaciones, dado el carácter o enfoque integral de la misma, esto es, buscar mantener y profundizar en la integralidad del ser humano desde sus dimensiones biopsicosociales.

## REFERENCIAS

---

- Abrahams, N. Jewkes, R. Hoffman, M. & Laubsher, R. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 82(5): 330.
- Aguado A, Almoguera A, Anibarro S, Comas JM, Corroto F, et al. (2007). Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos. Toledo España. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Amar J, Abello R & Kotliarenko M. (2004). Ensayos en desarrollo humano: Resiliencia en niños víctimas de violencia intrafamiliar. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Amar J. (2007). Espíritu científico y conocimiento disciplinario en la psicología contemporánea. Enfoque teórico y conceptualización del doctorado en psicología. Documento inédito. Barranquilla: Universidad del Norte. Doctorado en Psicología.
- Anderson K. (2005). Theorizing Gender in Intimate Partner Violence Research. *Sex Roles*, 52 (11/12): 853-866.

Anderson KL. (2007).Who gets out? Gender as structure and the dissolution of violent heterosexual relationships. *Gender & Society*, 21 (2): 173-201.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th Ed-TR). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson S. A.

Arroyo, A. (2002). Mujer maltratada y trastorno por estrés postraumático. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 29(2):77-82.

Traverso, M.T. (2000). Violencia en la pareja: la cara oculta de la relación. Washington D.C.

Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.

Bliss MJ, Cook SL, & Kaslow NJ. (2006). An ecological approach to understanding incarcerated women's responses to abuse. *Women & Therapy*, 29 (3-4): 97-115.

Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Carrell D, Fishman PA, Rivara FP, & Thompson RS. (2007). Intimate partner violence in older women. *Gerontologist*, 47(1), 34-41. From Health & Medical Complete database.

Bookwala J, Sobin J, & Zdaniuk B. (2005). Gender and Aggression in Marital Relationships: A Life-Span Perspectiva. *Sex Roles*, 52 (11/12): 797-806. From ProQuest Psychology Journals database.

Bosch, E, Ferrer, VA.; Alzadora A & Navarro C. (2005). Itinerarios hacia la libertad: la recuperación integral de las víctimas de la violencia de género. *Psicología y Salud*, 15 (001), 97-105.

Brienza, R., Whitman, L., Ladouceur, L., & Green, M. (2005). Evaluation of a Women's Safe Shelter Experience to Teach Internal Medicine Residents About Intimate Partner Violence. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 536-540. From Academic Search Elite database.

Brush L. (2005). Philosophical and Political Issues in Research on Women's Violence and Aggression. *Sex Roles*, 52 (11/12): 867-875.

Cáceres, J. (2007). Violencia doméstica: lo que revela la investigación básica con parejas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1): 57-62.

Cáceres A & Cáceres J. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2): 271-284.

Caetano R, Ramisetty-Mikler S & Field CA. (2005). Unidirectional and Bidirectional Intimate Partner Violence Among White, Black, and Hispanic Couples in the United States. *Violence and Victims*, 20(4), 393-406. From Health & Medical Complete database.

Calvete, E. Estevez, A. & Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research And Therapy*, 45 (4): 791-804.

- Calvete E, Estevez A, Corral S. (2007). Trastornos por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 10(3): 446-451.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA. *Psicología Contemporánea*, 6, 14-21.
- Carrera B & Gonzalez R. (2006). Violencia doméstica en estudiantes de secundaria de Maturín, Venezuela. *Med Interna*, 22(4):270-283.
- Cervantes, C. Ramos, L. Soltijeral M. & Torres M. (2004). Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. México: El Colegio de México; 2004.
- Coker AL, Weston R, Creson DL, Justice B & Blakeney P. (2005). PTSD Symptoms Among Men and Women Survivors of Intimate Partner Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Violence and Victims*, 20(6), 625-643. From Academic Search Elite database.



Corsi J, Domen ML, Sotés MA & Bonino-Méndez, L. (2002). Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires, Paidós. Pgs 214.

Critchley HD. (2002). Electrodermal responses: what happens in the brain. *Neuroscientist*; 8(2):132-142.

Decreto del 2006 de la Profesión de la Psicología en Colombia, 1090 Cong. 2006.

Doberenz, S. Roth, W. Wollburg, E. Breuninger, C. & Kims, S. (2010). Twenty-four hour skin conductance in panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44: 1137-1147.

Dorahy MJ, Lewis CA, & Wolfe FAM. (2007). Psychological distress associated with domestic violence in Northern Ireland. *Current Psychology*, 25 (4): 295-305.

Dutton M, & Goodman, L. (2005). Coercion in Intimate Partner Violence: Toward a New Conceptualization. *Sex Roles*, 52 (11/12): 743-758.

Echeburúa, E. Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340.

Echeburúa, E. Corral, P. Amor, P. Zubizarreta, T. & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.

Echeburúa, E. Corral, P. & Amor, P. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96): 527-555. Recuperado de: [http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/9-perfilesdife\\_tept.pdf](http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/9-perfilesdife_tept.pdf).

Fernández-Fuertes, A. Fuertes, A. & Pulido, R. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Versión española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2): 339-358.

Ferrer, VA. & Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología*, 21(001), 1-10.

Ferrer, R., Vázquez, A., Fortún, T. & Ferrándiz, S. (1998). Niveles de inmunoglobulinas IgA e IgM en recién nacidos y Correlación con infección congénita. *Rev Cubana Pediatr.* 70(1):11-16.

Field CA & Caetano R. (2005). Longitudinal Model Predicting Mutual Partner Violence Among White, Black, and Hispanic Couples in the United States General Population. *Violence and Victims*, 20(5), 499-511. From Health & Medical Complete database.

Frank E, Elon L, Saltzman L, Houry D, McMahon P, & Doyle J. (2006). Clinical and Personal Intimate Partner Violence Training Experiences of U.S. Medical Students. *Journal of Women's Health*, 15(9), 1071-1079.

Frieze, I. (2005). Female Violence Against Intimate Partners: An Introduction. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 229-237.

Fuentes, X. Castiñeiras, M.J. & Queraltó, J.M. (1998). Bioquímica clínica y patología molecular. Barcelona: Reverté S. A. 565 p.

Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L & Watts C. (2006, October 7). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260-1269.

García-Moreno, LF. (2002). Significado evolutivo de la respuesta inmune. Medellín, Legado del saber. Contribuciones de la Universidad de Antioquia al conocimiento. From Academic Search Elite database.

González, R. & Santana, JD. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13(1): 127-131.

Gormley B. (2005). An Adult Attachment Theoretical Perspective of Gender Symmetry in Intimate Partner Violence. *Sex Roles*, 52 (11/12): 785-796.

Gracia E. (2002). Las víctimas invisibles de la violencia familiar: El extraño iceberg de la violencia doméstica. Barcelona: Paidós.

Graves, K., Sechrist, S., White, J., & Paradise, M. (2005). Intimate Partner Violence Perpetrated By College Women Within The Context Of A History Of Victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 278-289. From Academic Search Elite database.

Guido L. (2002). Violencia Conyugal y Salud Pública: el sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. *La Ventana*, No. 15: 231-262.

Hadeed LF, & El-Bassel N. (2007). Typologies of abuse among Afro-Trinidadian women. *Journal Of Interpersonal Violence*, 22 (5): 479-497.

Hamby S. (2005). Measuring Gender Differences in Partner Violence: Implications from Research on Other Forms of Violent and Socially Undesirable Behavior. *Sex Roles*, 52 (11/12): 725-742.

Herrera J. (2003). Violencia Intrafamiliar, Bogotá, D.C. Leyer.

Hindin, M. (2003). Understanding women`s attitudes towards wife beating in Zimbabwe. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 81(7): 501.

Hughes FM, Stuart GL, Gordon KC, & Moore TM. (2007). Predicting the use of aggressive conflict tactics in a sample of women arrested for domestic violence. *Journal of Social And Personal Relationships*, 24 (2): 155-176.

Hyder AA, Noor Z & Tsui E. (2007). Intimate partner violence among Afghan women living in refugee camps in Pakistan. *Social Science & Medicine*, 64 (7): 1536-1547.

Hyman, I., Forte, T., Du Mont, J., Romans, S., & Cohen, M. (2006). The Association Between Length of Stay in Canada and Intimate Partner Violence Among Immigrant Women. *American Journal of Public Health*, 96(4), 654-659. From Academic Search Elite database.

Iáñez-Pareja, E. (1999). Curso de inmunología general. Granada: Universidad de Granada España. Recuperado de:  
[http://www.ugr.es/~eianez/inmuno/cap\\_05.htm](http://www.ugr.es/~eianez/inmuno/cap_05.htm)

Issa-Elneser S & Jaramillo M. (2002). Análisis Sociojurídico penal de la violencia intrafamiliar en la ciudad de Barranquilla. Facultad de Derecho, Trabajo de Grado, Universidad del Norte.

- Jandl, M. Steyer, J. & Raschka, W. (2010). Suicide risk markers in Major Depressive Disorder: A study of electrodermal activity and event-related potentials. *Journal of Affective Disorder*, 123: 138-149.
- Johnson, H. (2005). Assessing the prevalence of violence against women in Canada. *Statistical Journal of the Economic Commission for Europe*, 22(3/4), 225-238. From Academic Search Elite database.
- Johnston BJ. (2006). Intimate Partner Violence Screening and Treatment: The Importance of Nursing Caring Behaviors. *Journal of Forensic Nursing*, 2(4): 184-188.
- Juárez, F., Castro, G. & Scarpeta, D. (2005). Oscilaciones en la actividad electrodérmica y en el flujo sanguíneo periférico y estado de salud. *Psicología y Salud*, 15(2): 285-294.
- Kenney CT & McLanahan SS. (2006). Why Are Cohabiting Relationships More Violent Than Marriages? *Demography*, 43(1), 127-140. From ABI/INFORM Global database.

Kernsmith P. (2005). Treating Perpetrators of Domestic Violence: Gender Differences in the Applicability of the Theory of Planned Behavior. *Sex Roles*, 52 (11/12): 757-771.

Klap R, Tang LQ, Wells K, Starks SL, & Rodriguez M. (2007). Screening for domestic violence among adult women in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (5): 579-584.

Koenig MA, Stephenson R, Ahmed A, Jejeebhoy SJ & Campbell J. (2006). Individual and Contextual Determinants of Domestic Violence in North India. *American Journal of Public Health*, 96(1): 132-138. From ABI/INFORM Global database.

Koziol-McLain J, Webster D, McFarlane J, Block CR, et al. (2006). Risk Factors for Femicide-Suicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *Violence and Victims*, 21(1), 3-21. From Health & Medical Complete database.

Koenig, M. Lutalo, T. Zhao, F. Nalugoda, F. et al. (2003). Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 81(1): 53.



Krahe B & Berger A. (2005). Sex Differences in Relationship Aggression Among Young Adults in Germany. *Sex Roles*, 52 (11/12): 829-839.

Krahe B, Bieneck S, & Moller I. (2005). Understanding Gender and Intimate Partner Violence from an International Perspective. *Sex Roles*, 52 (11/12): 807-828.

Kú OE & Sánchez R. (2006). La violencia a través de las fases del amor pasional: porque la pasión también tiene un lado oscuro. *Revista Colombiana de Psicología*, 15: 39-50.

Labrador, F. & Alonso, E. (2006). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, N° 76/77 - 2005/2006.

Lafontaine, M., & Lussier, Y. (2005). Does Anger Towards the Partner Mediate and Moderate the Link Between Romantic Attachment and Intimate Violence? *Journal of Family Violence*, 20(6), 349-361.

- LaTaillade JJ, Epstein NB & Werlinich CA. (2006). Conjoint Treatment of Intimate Partner Violence: A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(4), 393-410.
- Lawoko S. (2006). Factors Associated With Attitudes Toward Intimate Partner Violence: A Study of Women in Zambia. *Violence and Victims*, 21(5), 645-656. From Health & Medical Complete database.
- León, O.G y Montero, I. (2002). Diseño de investigaciones: Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación (pp. 301-337). Madrid: McGraw-Hill.
- Lipsky S, Field CA, Caetano R & Larkin GL. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology and Comorbid Depressive Symptoms Among Abused Women Referred From Emergency Department Care. *Violence and Victims*, 20(6), 645-659. From Academic Search Elite database.
- Lipsky, S., Caetano, R., Field, C., & Bazargan, S. (2005). The Role of Alcohol Use and Depression in Intimate Partner Violence Among Black and Hispanic Patients in an Urban Emergency Department. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 31(2), 225-242. From Academic Search Elite database.

Lomonte, B., Bonilla, C. & Castro E. (1985). Niveles de Inmunoglobulinas séricas (IgG, IgA e IgM) en adultos jóvenes sanos, por el método de inmunodifusión radial. *Rev. Cost. Cienc. Méd.* 6(4): 183-190.

Martin EK, Taft CT & Resick PA. (2007). A review of marital rape. *Aggression And Violent Behavior*, 12 (3): 329-347.

Matud, MP; Gutiérrez, AB y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, No. 88. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=1155>.

McFarlane, J., Groff, J., O'Brien, J., & Watson, K. (2005). Prevalence of Partner Violence Against 7,443 African American, White, and Hispanic Women Receiving Care at Urban Public Primary Care Clinics. *Public Health Nursing*, 22(2), 98-107. From Academic Search Elite database.

McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I., et al. (2005). Intimate Partner Sexual Assault Against Women And Associated Victim Substance Use, Suicidality, And Risk Factors For Femicide. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 953-967. From Academic Search Elite database.

McHugh M. (2005). Understanding Gender and Intimate Partner Abuse. *Sex Roles*, 52 (11/12): 717-725. From Academic Search Elite database.

McHugh, M., Livingston, N., & Ford, A. (2005). A Postmodern Approach To Women's Use Of Violence: Developing Multiple And Complex Conceptualizations. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 323-336.

McKenry P, Serovich J, Mason T & Mosack K. (2006, May). Perpetration of Gay and Lesbian Partner Violence: A Disempowerment Perspective. *Journal of Family Violence*, 21(4), 233-243. From Academic Search Elite database.

McTeague, L. Lang, P. Laplante, MC. Cuthbert, B. Shumen, J. & Bradley, M. (2010). Aversive imagery in Posttraumatic Stress Disorder: trauma recurrence, comorbidity and physiological reactivity. *Biol Psychiatry*, 67: 346-356.

Merrill LL, Stander VA, Thomsen CJ, Crouch JL, & Milner JS. (2006). Premilitary intimate partner violence and attrition from the U.S. Navy. *Military Medicine*, 171(12), 1206-10. From Health & Medical Complete database.

Miguel M, Fuentes I, García-Menta M & Rojo L. (1999). Habituation and Sensibilitation Processes in Depressive Disorder. *Psychopatology*, 32(1): p. 35.

Miguel Tobal, J.J. & Cano Vindel, A. (1986). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (*I.S.R.A.*). Madrid: TEA Ediciones. (1a. ed.).

Miguel-Tobal, J. J. Casado, M. I. Cano-Vindel, A. & Spielberger, C. D. (2001). Adaptación española del Inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI-II. Madrid: Tea Ediciones.

Mitchell, M., Hargrove, G., Collins, M., Thompson, M., Reddick, T., & Kaslow, N. (2006). Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income, African American women. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1503-1520. From Academic Search Elite database.

Mobascher, A. et al. (2009). Fluctuations in electrodermal activity reveal variations in single trial brain responses to painful laser stimuli - A fMRI/EEG study. *NeuroImage*, 44: 11081-1092. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2008.09.004.

Montañés, M. & Moyano, M. (2006). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento Psicológico*, 2(6): 21-32.

Muftic LR , Bouffard JA & Bouffard LA. (2007). An exploratory study of women arrested for intimate partner violence - Violent women or violent resistance? *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (6): 753-774.

Naveteur, J. Buisine, S. & Gruzelier, J. (2005). The influence of anxiety on electrodermal response to distractors. *International Journal of Psychophysiology*, 56: 261-269.

Nemoto, K., Rodriguez, R., & Valhmu, L. (2006). Exploring the Health Care Needs of Women in Abusive Relationships in Japan. *Health Care for Women International*, 27(4), 290-306. From Academic Search Elite database.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.

Owoaje, ET. & Olaolorun FM. (2005). Intimate Partner Violence among Women in a Migrant Community in Southwest Nigeria. *International Quarterly of*

*Community Health Education*, 25(4), 337-349. From Health & Medical Complete database.

Paterson J, Fairbairn-Dunlop P, Cowley-Malcolm ET & Schluter PJ. (2007). Maternal Childhood Parental Abuse History and Current Intimate Partner Violence: Data From the Pacific Islands Families Study. *Violence and Victims*, 22(4): 474-488.

Paterson J, Feehan M, Butler S, Williams M, & Cowley-Malcolm. (2007). Intimate partner violence within a cohort of Pacific mothers living in New Zealand. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (6): 698-721.

Pattavina, A. Hirschel, D. Buzawa, E. Faggiani, D. & Bentley H. (2007). A comparison of the police response to heterosexual versus same-sex intimate partner violence. *Violence Against Women*, 13 (4): 374-394.

Pérez-Trujillo, M. (2002). Amor, Maltrato y Emoción: Relaciones peligrosas entre parejas. Bogotá Colombia, Alfaomega Colombiana S. A. 230 p.

Perrone R & Nannini M. (2005). Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional. Buenos Aires, Paidós, 173 p.

Pico-Alfonso, M., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006, June). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611. From Academic Search Elite database.

Póo, A. & Vizcarra, B. (2008). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 26(1): 81-88. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78526107.pdf>.

Próspero M & Vohra-Gupta S. (2007). Gender Differences in the Relationship Between Intimate Partner Violence Victimization and the Perception of Dating Situations Among College Students. *Violence and Victims*, 22(4): 489-503.

Redondo, M. (2004). Abordaje de la violencia de género desde una unidad de planificación familiar. *Papeles del Psicólogo*, 25(88): 26-30.

Remor, E. Amorós, M. & Carrobes, J. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de psicología*, 22(1): 37-44. Recuperado de: [http://www.um.es/analesps/v22/v22\\_1/05-22\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v22/v22_1/05-22_1.pdf).



Robertson K & Murachver T. (2007). Correlates of partner violence for incarcerated women and men. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (5): 639-655.

Romero I. (2004). Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. *Papeles del Psicólogo*, 25 (088), 19-25.

Rosenberg, M. (1965). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: paidós.

Rothman EF, Hathaway J, Stidsen A & De Vries HF. (2007). How employment helps female victims of intimate partner violence: A qualitative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(2): 136-143.

Salam A, Alim A & Noguchi T. (2006). Spousal Abuse Against Women and Its Consequences on Reproductive Health: A Study in the Urban Slums in Bangladesh. *Maternal and Child Health Journal*, 10(1), 83-94. From Health & Medical Complete database.

Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.

Sarasua, B. Zubizarreta, I. Echeburúa, E. & Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. Un estudio exploratorio. *Psicothema*, 19(3): 459-466. Recuperado de: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/1.pdf>.

Saudino KJ & Hines DA. (2007). Etiological similarities between psychological and physical aggression in intimate relationships: A behavioral genetic exploration. *Journal Of Family Violence*, 22 (3): 121-129.

Seelau, S., & Seelau, E. (2005). Gender-Role Stereotypes and Perceptions of Heterosexual, Gay and Lesbian Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 20(6), 363-371. From Academic Search Elite database.

Scott-Tilley, D. Tilton, A & Sandel M. (2010). Correlatos biológicos para el desarrollo del Trastorno de estrés postraumático de mujeres víctimas de violencia de pareja: consecuencias para la práctica. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46 (1): 26-36.

Sloan, D. & Sandt, A. (2010). Depressed mood and emotional responding. *Biological Psychology*, 84: 368-374.

Soler, E. y Barreto, P. & González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17(2): 267-274.

Solís F & Moreira B. (2004). La violencia intrafamiliar; enfoque psicológico y jurídico. Ecuador, Universidad Espíritu Santo. 329 pgs.

Sorenson, S., & Taylor, C. (2005). Female Aggression Toward Male Intimate Partners: An Examination Of Social Norms In A Community-Based Sample. *Psychology of Women Quarterly*, 29(1), 78-96. From Academic Search Elite database.

Spielberger, C.D. (1996). Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory. Odessa, FL: Psychological Assesment Resources.

Stanley, J., Bartholomew, K., Taylor, T., Oram, D., & Landolt, M. (2006). Intimate Violence in Male Same-Sex Relationships. *Journal of Family Violence*, 21(1), 31-41. From Academic Search Elite database.

Torres-Falcon, M. (2001). La violencia en casa. México, Paidós. 299 pgs.

Trackeray J, Stelzner S, Downs SM & Miller C. (2007). Screening for intimate partner violence – The impact of screener and screening environment on victim comfort. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(6): 659-670.

Traverso, MT. (2000). *Violencia en la pareja: la cara oculta de la relación*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

Vázquez, C. & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978, en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.

Villarreal A. (2007). Women's employment status, coercive control, and intimate partner violence in Mexico. *Journal of Marriage and the Family*, 69 (2): 418-434.

Vos T, Astbury J, Piers L, Magnus A, Heenan M, Stanley L, et al. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(9), 739-744. From Academic Search Elite database.

Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M & Saltzman LS. (2007). Differences in Frequency of Violence and Reported Injury Between Relationships With Reciprocal and Nonreciprocal Intimate Partner Violence. *American Journal of Public Health*. 97(5). 941-947.

Williams S & Hanson Frieze I. (2005). Patterns of Violent Relationships, Psychological Distress, and Marital Satisfaction in a National Sample of Men and Women. *Sex Roles*, 52 (11/12): 771-785.

Winstok Z. (2007). Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Aggression And Violent Behavior*, 12 (3): 348-363.

Yoshihama, M., Horrocks, J., & Kamano, S. (2007, February). Experiences of Intimate Partner Violence and Related Injuries Among Women in Yokohama, Japan. *American Journal of Public Health*, 97(2), 232-234. From Academic Search Elite database.

Yount KM & Carrera JS. (2006). Domestic Violence Against Married Women in Cambodia. *Social Forces*, 85(1), 355-387. From Research Library Core database.

Yount KM. (2005). Resources, Family Organization, and Domestic Violence Against Married Women in Minya, Egypt. *Journal of Marriage and Family*, 67(3), 579-596. From Research Library Core database.

Zarza, M.J. & Froján, M. X. (2005). Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. *Anales de Psicología*, 21(1): 18-26.

**ANEXOS**

---

## ANEXO A

### **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA**

### **UNIVERSIDAD DEL NORTE- GRUPO DE INVESTIGACIONES EN DESARROLLO HUMANO**

***“Inmunoglobulina M y Respuesta Galvánica de la Piel asociadas a variables psicológicas en víctimas de violencia por parte del compañero(a) íntimo(a): una propuesta integral”.***

Declaro que los investigadores me han invitado a participar de forma voluntaria en el estudio antes mencionado.

De aceptar participar en el presente estudio me comprometo a:

1. Responder de forma veraz a una entrevista en la cual se explorarán aspectos particulares de mi historia personal.
2. Permitir que se me tome una muestra de laboratorio: la prueba se realizará en suero, para determinar niveles de Inmunoglobulina M, concepto que me fue aclarado. Es de anotar que la muestra será tomada y procesada por personal especializado en el laboratorio clínico de la Clínica León XIII de la ciudad de Medellín.
3. Consentir la toma de un registro psicofisiológico: Respuesta Galvánica de la Piel, a través del software especializado denominado DataLab-2000, en el laboratorio de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.
4. Responder de forma veraz a diversos cuestionarios psicológicos escritos.
5. Dicha evaluación será realizada una vez.
6. Autorizo a los investigadores el acceso a información de mi historia clínica, la cual será utilizada con fines netamente investigativos y de manera absolutamente confidencial.
7. Acepto que la participación en este estudio no me reportará relación contractual con el equipo de investigación.
8. En caso de querer retirarme del estudio, informar oportunamente y por escrito sobre esta decisión.

A su vez los investigadores me han dado seguridad respecto a lo siguiente:

1. Que asumirán el costo de los exámenes antes mencionados así como de gastos de transporte que se generen durante el proceso de evaluación.



2. Que mi nombre no aparecerá en ningún informe o producto de la investigación.
3. Que nada de lo que exprese en el proceso será cuestionado ni se pondrá por ello en entredicho mi competencia ética y humana.
4. Que nadie diferente a los investigadores tendrá acceso a la información derivada de las evaluaciones ni ésta podrá ser utilizada en mi contra.
5. Que podré cambiar de opinión en cualquier momento y retirarme del estudio.

Doy fe que para obtener el presente consentimiento informado se me explicó de forma clara todo lo relacionado con mi participación en la investigación, aclarándoseme las dudas e inquietudes surgidas.

Manifiesto mi conformidad con la información recibida por lo cual firmo el presente consentimiento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

_____	_____	_____
Nombres y Apellidos	Firma	Cédula Ciudadanía

FIRMA INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### I. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (Echeburúa, et al, 1996. Formato adaptado).

1. Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fecha Evaluación: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_
2. Procedencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: \_\_\_\_\_
4. Edad: \_\_\_\_\_
5. Tiempo de la Relación: \_\_\_\_\_
6. Escolaridad: \_\_\_\_\_
7. N° de Hijos: \_\_\_\_\_
8. ¿Con quién vive actualmente?: \_\_\_\_\_
9. Profesión: \_\_\_\_\_
- Ocupación actual: \_\_\_\_\_
10. ¿Tiene salario? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Es: Menor a un SMLV\_\_\_ Entre 1 y 2 SMLV \_\_\_ Entre 3 y 4 SMLV \_\_\_ Mayor a 5 SMLV \_\_\_
11. Cómo se ve usted frente a su pareja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Actividades gratificantes realizadas comúnmente en pareja \_\_\_\_\_
13. Motivos más comunes de conflicto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Compromiso de la pareja en responsabilidades comunes: (tareas

de casa, hijos, etc.) SI \_ \_ \_ NO \_\_\_\_

15. Tipo de Maltrato experimentado: Físico \_\_\_\_ Psicológico \_\_\_\_  
Sexual \_\_\_\_ Económico \_\_\_\_ Todos \_\_\_\_
16. Es: Primer incidente \_\_\_\_ Incidente repetido \_\_\_\_ Incidente más grave \_\_\_\_.
17. Tiempo del maltrato: Menos de 1 año \_\_\_\_ De 1 a 2 años \_\_\_\_  
De 3 a 4 años \_\_\_\_ De 5 a 6 años \_\_\_\_ Mas de 7 años \_\_\_\_
18. Repetición del maltrato: Veces por semana. \_\_\_\_ Veces por mes \_\_\_\_  
Veces por año \_\_\_\_
19. Edad en que se inició el maltrato: Antes de los 15 años \_\_\_\_ Entre 16 y 20  
\_\_\_\_ Entre 21 y 25 \_\_\_\_ Entre 26 y 36 \_\_\_\_ Entre 37 y 47 \_\_\_\_ Entre 48 y  
58 \_\_\_\_ Más de 59 años \_\_\_\_
20. El maltrato ha sido en forma de: Insultos \_\_\_\_ Amenazas \_\_\_\_ Ironías \_\_\_\_  
Puñetazos \_\_\_\_ Patadas \_\_\_\_ Bofetadas \_\_\_\_ Mordiscos \_\_\_\_ Empujones \_\_\_\_  
Heridas \_\_\_\_ Quemaduras \_\_\_\_ Puñaladas \_\_\_\_ Disparos \_\_\_\_ Fracturas \_\_\_\_

O quizá: No valoriza sus creencias \_\_\_\_

Le deja en mal lugar frente a su familia y amigos \_\_\_\_

Le Impide ver a su familia, amigos y vecinos \_\_\_\_

Le Quita el dinero que usted gana \_\_\_\_

Le Ridiculiza, acusa, le culpa \_\_\_\_

Hace comentarios y gestos humillantes \_\_\_\_

Le Presiona para tomar decisiones \_\_\_\_

Le Manipula utilizando a los hijos \_\_\_\_

Le Dice continuamente lo que tiene que hacer \_\_\_\_

Le Manifiesta que tiene derecho sobre usted \_\_\_\_

No escucha o no responde a la conversación \_\_\_\_

Habla mal de su familia y amigos \_\_\_\_

Miente y tiende trampas frecuentemente \_\_\_\_

No respeta los acuerdos \_\_\_\_

No le apoya, no le presta atención \_\_\_\_

Interfiere en su trabajo \_\_\_\_

No le deja trabajar \_\_\_\_

Amenaza con suicidarse \_\_\_\_

Le Descalifica frente a sus compañeros de trabajo \_\_\_\_

Le Busca y verifica dónde está frecuentemente \_\_\_\_

Le Intimida con amenazas de fuerza física \_\_\_\_

Le obliga a tener relaciones sexuales \_\_\_\_

Destruye sus objetos personales \_\_\_\_

Destroza los objetos domésticos \_\_\_\_

Tira y destruye las puertas y paredes \_\_\_\_

Se Apodera de sus bienes (casa, carro, joyas, etc.) \_\_\_\_

No aporta económicamente para el mantenimiento de la familia \_\_\_\_

21. El maltrato se da con: Manos \_\_\_\_ Piernas \_\_\_\_ Cabeza \_\_\_\_ Armas de fuego  
\_\_\_\_ Armas cortantes \_\_\_\_ Objetos \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_ cuál: \_\_\_\_\_

22. Ha enfrentado el problema con denuncias: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

23. La primera denuncia fue hace: .Mas de 10 años \_\_\_\_ Entre 5 y 10 años \_\_\_\_  
Entre 1 y 4 años \_\_\_\_ Menos de 1 año \_\_\_\_ Hace 6 meses \_\_\_\_ Hace 4 meses \_\_\_\_ Hace  
menos de 3 meses \_\_\_\_

24. Número de denuncias puestas \_\_\_\_\_ No. Denuncias retiradas \_\_\_\_\_

25. Ha tenido asistencia médica SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ N° de veces \_\_\_\_

Dónde ha acudido \_\_\_\_\_

26. En su casa paterna sufrió algún tipo de maltrato SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Por parte de  
quién? \_\_\_\_\_

27. Otras personas de su familia han estado en su misma situación SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Quién? \_\_\_\_\_

28. Ha tenido usted algún tipo de trastorno psicológico SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Cuál? \_\_\_\_\_

29. Ha estado en tratamiento psicológico SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

30. Tiene usted alguna enfermedad actualmente SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Cuál? \_\_\_\_\_

## ANEXO C

### *II - ESCALA - DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DE ESTRES POSTRAUMÁTICO*

Coloque frente a cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad del síntoma:

- 0 NADA**
- 1 UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO**
- 2 DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ BASTANTE**
- 3 5 O MAS VECES POR SEMANA/ MUCHO.**

#### **RE - EXP**

- 1 Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?
- 2 Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?
- 3 Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen, como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?
- 4 Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?
- 5 Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

Puntuación (Rango de 0-15)

#### **EVIT**

- 1 Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?
- 2 Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
- 3 Se siente incapaz de recordar algunos de los aspectos importantes del suceso?
- 4 Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?
- 5 Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?
- 6 Se siente limitado en su capacidad afectiva (incapaz de enamorarse)?
- 7 Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener hijos etc.)?

Puntuación (Rango de 0-21)

#### **AU -ACT**

- 1 Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
- 2 Está irritable o tiene explosiones de ira?
- 3 Tiene dificultad de concentración?
- 4 Esta Usted excesivamente alerta (por ejemplo se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
- 5 Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

Puntuación (Rango de 0-15)

Puntuación Total (Rango de 0-51)

#### **MA - SOM - AN RE - SUC**

Coloquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

- 0 NADA**
- 1 UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO**
- 2 DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ BASTANTE**
- 3 5 O MAS VECES POR SEMANA/ MUCHO.**

- 1 Tiene respiración entrecortada (disnea), o sensación de ahogo.
- 2 Dolores de cabeza.
- 3 Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).
- 4 Dolor o malestar en el pecho.
- 5 Sudoración.
- 6 Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo.
- 7 Nauseas o malestar abdominal.
- 8 Sensación de extrañeza respecto a sí misma o de irrealidad.
- 9 Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias).
- 10 Sofoco y escalofrío.
- 11 Temblores o estremecimiento.
- 12 Miedo a morir.
- 13 Miedo a volverse loco o a perder el control.

Puntuación (Rango de 0-39)

## ANEXO D

### III - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS ASOCIADOS

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual, acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se señalan a continuación.

#### TRABAJO Y/O ESTUDIO

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en el estudio se ha visto afectado.

0 1 2 3 4 5  
/ / / / / /  
NADA CASI NADA POCO BASTANTE MUCHO MUCHISIMO

#### VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada.

0 1 2 3 4 5  
/ / / / / /  
NADA CASI NADA POCO BASTANTE MUCHO MUCHISIMO

#### TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, prácticas deportivas etc.) se han visto afectadas.

0 1 2 3 4 5  
/ / / / / /  
NADA CASI NADA POCO BASTANTE MUCHO MUCHISIMO

#### RELACIÓN DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada.

0 1 2 3 4 5  
/ / / / / /  
NADA CASI NADA POCO BASTANTE MUCHO MUCHISIMO

#### VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada.

0 1 2 3 4 5  
/ / / / / /  
NADA CASI NADA POCO BASTANTE MUCHO MUCHISIMO

#### ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada.

0 1 2 3 4 5  
/ / / / / /  
NADA CASI NADA POCO BASTANTE MUCHO MUCHISIMO

## ANEXO E

### IV ISRA

A continuación encontrará descritos algunos pensamientos y diversas formas de reaccionar. Lea cada frase y valore la frecuencia con que usted tiene esas reacciones o pensamientos, en general, en diferentes momentos de su vida. Para ello tiene que marcar uno de los cinco números (0 a 4) que aparecen a la derecha de cada pregunta. Cada número indica una frecuencia según la siguiente escala:

- 0 = CASI NUNCA**  
**1 = POCAS VECES**  
**2 = UNAS VECES SI OTRAS VECES NO**  
**3 = MUCHAS VECES**  
**4 = CASI SIEMPRE**

Lea cada cuestión y responda cómo piensa o reacciona usted en general. Por favor responda a TODAS las preguntas.

No.	ÍTEMS	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces si/no	Muchas Veces	Casi Siempre
1	Me preocupo fácilmente	0	1	2	3	4
2	Tengo pensamientos o sentimientos negativos de mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe", etc.	0	1	2	3	4
3	Me siento inseguro	0	1	2	3	4
4	Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme	0	1	2	3	4
5	Siento miedo	0	1	2	3	4
6	Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
7	Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos	0	1	2	3	4
8	Siento molestias en el estómago	0	1	2	3	4
9	Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos	0	1	2	3	4
10	Me tiemblan las manos o las piernas	0	1	2	3	4
11	Me duele la cabeza	0	1	2	3	4
12	Mi cuerpo está en tensión	0	1	2	3	4
13	Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
14	Me falta el aire y mi respiración es agitada	0	1	2	3	4
15	Siento náuseas o mareo	0	1	2	3	4
16	Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
17	Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío	0	1	2	3	4
18	Lloro con facilidad	0	1	2	3	4
19	Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)	0	1	2	3	4
20	Fumo, como o bebo demasiado	0	1	2	3	4
21	Trato de evitar o rehuir las situaciones que pueden producir tensión	0	1	2	3	4
22	Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta	0	1	2	3	4
23	Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
24	Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal	0	1	2	3	4



## ANEXO F

### **V      CUEST. AUT.**

A continuación encontrará descritos algunos pensamientos y diversas formas de reaccionar. Lea cada frase y anote la frecuencia con que usted tiene esas reacciones o pensamientos, en general, en diferentes momentos de su vida. Para ello tiene que marcar uno de los números que aparecen a la derecha de cada pregunta. Lea cada cuestión y responda cómo piensa o reacciona usted en general. Por favor responda a TODAS las preguntas.

No.	ÍTEMS	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1	En general estoy satisfecho conmigo mismo	3	2	1	0
2	A veces pienso que no sirvo para nada	0	1	2	3
3	Creo tener varias cualidades buenas	3	2	1	0
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	3	2	1	0
5	Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme	0	1	2	3
6	A veces me siento realmente inútil	0	1	2	3
7	Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás	3	2	1	0
8	Desearía sentir más respeto por mí mismo	0	1	2	3
9	Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso	0	1	2	3
10	Asumo una actitud positiva hacia mí mismo	3	2	1	0

## ANEXO G

### VII BDI-REVISADO

#### INSTRUCCIONES:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale rodeando con un círculo el número que corresponde a la afirmación de cada grupo que describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

0	No me siento triste	12.	0	No he perdido el interés por los demás
1	Me siento triste		1	Estoy menos interesado en los demás que antes
2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo		2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo		3	He perdido todo el interés por los demás
0	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro	13.	0	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
1	Me siento desanimado respecto al futuro		1	Evito tomar decisiones más que antes
2	Siento que no tengo que esperar nada.		2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3	Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no mejorarán		3	Ya me es imposible tomar decisiones
0	No me siento fracasado	14.	0	No creo tener peor aspecto que antes
1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas		1	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
2	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso		2	Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3	Me siento una persona totalmente fracasada		3	Creo que tengo un aspecto horrible
0	Las cosas me satisfacen tanto como antes	15.	0	Trabajo igual que antes
1	No disfruto de las cosas tanto como antes		1	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
2	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas		2	Tengo que obligarme mucho para hacer todo
3	Estoy satisfecho o aburrido de todo		3	No puedo hacer nada en absoluto
0	No me siento especialmente culpable	16.	0	Duermo tan bien como siempre
1	Me siento culpable en bastantes ocasiones		1	No duermo tan bien como antes
2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones		2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
3	Me siento culpable constantemente		3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
0	No creo que esté siendo castigado	17.	0	No me siento más cansado de lo normal
1	Siento que quizá pueda ser castigado		1	Me canso más que antes
2	Espero ser castigado		2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa
3	Siento que estoy siendo castigado		3	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
0	No estoy decepcionado de mí mismo	18.	0	Mi apetito no ha disminuido
1	Estoy decepcionado		1	No tengo tan buen apetito como antes
2	Me avergüenzo de mí mismo		2	Ahora tengo mucho menos apetito
3	Me detesto		3	He perdido completamente el apetito
0	No me considero peor que cualquier otro	19 a.	0	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores		1	He perdido más de 2 kilos
2	Continuamente me culpo por mis faltas		2	He perdido más de 4 kilos
3	Me culpo por todo lo malo que sucede		3	He perdido más de 7 kilos
0	No tengo ningún pensamiento de suicidio	19 b.	0	Estoy bajo dieta para adelgazar
1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería		1	No estoy bajo dieta para adelgazar
2	Desearía suicidarme			
3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad			
0	No lloro más de lo que solía	20.	0	No estoy más preocupado por mi salud que lo normal
1	Ahora lloro más que antes		1	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
2	Lloro continuamente		2	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
3	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque Quiera		3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa
0	No estoy más irritado de lo normal en mí	21.	0	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el Sexo
1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes		1	Estoy menos interesado por el sexo que antes
2	Me siento irritado continuamente		2	Estoy mucho menos interesado por el sexo
3	No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían Irritarme		3	He perdido totalmente mi interés por el sexo

## ANEXO H

### **VIII STAXI-2**

#### **Parte 1**

#### **INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración: A: No, en absoluto, B: Algo, C: Moderadamente, D: Mucho

#### **CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO**

<b>ITEM</b>	<b>No, en absoluto</b>	<b>Algo</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Mucho</b>
1. Estoy furioso	A	B	C	D
2. Me siento irritado	A	B	C	D
3. Me siento enojado	A	B	C	D
4. Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5. Estoy agotado	A	B	C	D
6. Me gustaría decir vulgaridades	A	B	C	D
7. Estoy disgustado	A	B	C	D
8. Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
0. Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
1. Quiero romper algo	A	B	C	D
2. Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
3. Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
4. Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
5. Me gustaría regañar a alguien	A	B	C	D

## Parte 2

### INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: Casi Nunca B: Algunas veces, C: A menudo, D: Casi siempre

### **CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE**

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
Me enojo rápidamente	A	B	C	D
Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
Soy una persona que se exalta fácilmente	A	B	C	D
Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
Tiendo a perder el control	A	B	C	D
Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
Me enfurezco con facilidad	A	B	C	D
Me enojo si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
Me enojo cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

### Parte 3

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala:

A: Casi Nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

#### **CUANDO ME ENOJO O ME ENFUREZCO**

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
26. Controlo mi carácter	A	B	C	D
27. Expreso mi ira	A	B	C	D
28. Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29. Hago comentarios irónicos	A	B	C	D
30. Mantengo la calma	A	B	C	D
31. Hago cosas como tirar las puertas	A	B	C	D
32. Aunque sienta rabia no lo demuestro	A	B	C	D
33. Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34. Discuto con los demás	A	B	C	D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36. Puedo controlarme y no salirme de casillas	A	B	C	D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38. Digo brutalidades	A	B	C	D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40. Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41. Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42. Rehuyo enfrentarme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de Ira	A	B	C	D
44. Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45. Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46. Trato de relajarme	A	B	C	D
47. Hago algo tranquilo para calmarme	A	B	C	D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

## ANEXO I



### ESCUELA DE MICROBIOLOGÍA LABORATORIO CLÍNICO SEDE LEÓN XIII



Medellín, 05 de Abril de 2011

#### A QUIEN PUEDA INTERESAR

El Laboratorio Clínico de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia con sede en la Clínica León XIII, atendió por petición y a cargo de la señora Luz Elena Ocampo Otálvaro CC 22.104.277, psicóloga y estudiante de doctorado, como parte fundamental de su tesis ***"Inmunoglobulina M y respuesta galvánica de la piel asociada a variables psicológicas en víctimas de violencia por parte del compañero (a) íntimo, un abordaje integral"*** entre el año 2009 a 2011, un total de 100 pacientes para la realización de la prueba, Inmunoglobulina M, por el método de Inmunoturbidimetría.

Atentamente,

  
Oscar Omar Gaviria Cortés  
Coordinador de Laboratorio

Clinica León XIII: Calle 69 Nº 51 C-24, bloque 2 segundo piso  
Teléfono 516 73 49 \* Fax 5167327 \* Nit: 890980040-8  
Email: labclinico.leonxiii@gmail.com  
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/portal/A.InformacionInstitucional/H.UnidadesAcademicas/B.Escuelas/Microbiologia>  
Medellín – Colombia